

МЕЖДУНАРОДНЫЙ КАЗАХСКО-
ТУРЕЦКИЙ УНИВЕРСИТЕТ имени
К .А. Ясауи
ШЫМКЕНТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ

Выполнил : Абдугапиров С

Проверила:

Группа : ЖМО-506

- Пневмония представляет собой воспалительное заболевание легких, диагностируемое по синдрому дыхательных расстройств и физикальным данным при наличии инфильтративных изменений на рентгенограмме.

- **Код(ы) МКБ-10**
- J18 Пневмония без уточнения возбудителя
- J15.6 Пневмония, вызванная другими аэробными грамотрицательными бактериями
- J14 Пневмония, вызванная *Haemophilus influenzae* (палочкой Афанасьева-Пфейффера)
- J15 Бактериальная пневмония, не классифицированная в других рубриках
- J13 Пневмония, вызванная *Streptococcus pneumoniae*
- J15.0 Пневмония, вызванная *Klebsiella pneumoniae*
- J15.9 Бактериальная пневмония неуточненная
- J21 Острый бронхолит
- J15.1 Пневмония, вызванная *Pseudomonas* (синегнойной палочкой)
- J22 Острая респираторная инфекция нижних дыхательных путей неуточненная
- J15.2 Пневмония, вызванная стафилококком
- J15.4 Пневмония, вызванная другими стрептококками
- J15.5 Пневмония, вызванная *Escherichia coli*
- J15.7 Пневмония, вызванная *Mycoplasma pneumoniae*
- J15.8 Другие бактериальные пневмонии
- J16.0 Пневмония, вызванная хламидиями
- J17.2 Пневмония при микозах
- J18.1 Долевая пневмония неуточненная
- J12 Вирусная пневмония, не классифицированная в других рубриках

- **Клиническая классификация пневмонии**

- **По возникновению:**
 - внебольничная,
 - внутрибольничная,
 - внутриутробная (врожденная),
 - постнатальная,
 - у детей с иммунодефицитными состояниями,
 - аспирационная у детей с энцефалопатиями.

-

- **По форме:**

- очаговая,
- очагово-сливная,
- сегментарная,
- долевая,
- интерстициальная.

- **По течению:**

- острое,
- затяжное (более 6- 8 недель).

-
- **По тяжести:**
 - легкая,
 - средне-тяжелая,
 - тяжелая.
- **Осложнения:**
 - дыхательная недостаточность (ДН I-III),
 - легочные (плеврит, абсцесс, буллы, пневмоторакс, пиопневмоторакс),
 - внелегочные (токсикоз, нейротоксикоз, ОССН, ДВС, ОПН),
 - отек легкого,
 - ателектаз.

- **Перечень основных диагностических мероприятий:**
- - пульсоксиметрия
- - рентгенография органов грудной клетки: обычные рентгенограммы редко дают информацию, которая влияет на ведение случаев тяжёлой пневмонии, поэтому проводить рентгенологическое исследование не рекомендуется; рентгенологическое исследование редко предоставляет информацию, которая может изменить тактику лечения. При подозрении на осложнения (плевральный выпот, эмпиема, пневмоторакс, пневматоцеле, интерстициальная пневмония, перикардальный выпот) рентгенографию делать обязательно; рентгенография грудной клетки (одна проекция) должна быть сделана при долевых, полисегментарных поражениях, ателектазе лёгких, в динамике – через 2 недели после лечения;
- - общий анализ крови (развёрнутый);
- - общий анализ мочи;
- - кал на я/глистов.
- - кровь на ВИЧ – приказ МЗ РК № 907 от «23» ноября 2010 года.
-

- **Дополнительные диагностические исследования:**

- - ЭКГ – по показаниям;
- - общий анализ мокроты – по показаниям;
- - бак.посев мокроты на флору и чувствительность микробов к антибиотикам- по показаниям;
- - исследование на *Mycoplasma pneumonia* и *Chlamydia pneumonia* , грибы рода *Candida* с изучением морфологии (по показаниям);
- - бронхоскопия – по показаниям для исключения врождённой патологии органов дыхания;
- - компьютерная томография – по показаниям;
- - определение группы крови и резус-фактора –(по показаниям);
- - определение общего белка, белковых фракций крови по показаниям;
- - определение времени свертываемости капиллярной крови – диагностика ДВС–синдрома – по показаниям;
- - определение билирубина – для оценки функции печени при тяжелом течении пневмонии – по показаниям;
- - определение уровня натрия, калия, мочевины и/или креатинина в плазме крови (при внутривенных инфузиях жидкостей – до начала и ежедневно в динамике) – по показаниям.
- - микроскопия и бактериальный посев плевральной жидкости (при наличии), выявление пневмококкового антигена или ПЦР (по показаниям);

- **Показания для перевода в отделение интенсивной терапии:**
- - неспособность поддерживать насыщение кислорода $>90\%$, при концентрации кислорода во вдыхаемом воздухе >0.6 ;
- - шок;
- - повышение частоты дыхания и пульса с клиническими признаками острой дыхательной недостаточностью, с повышенным давлением двуокиси углерода в артериальной крови или без него;
- - рецидивирующее апноэ или медленное нерегулярное дыхание.
-

- **Диагностические критерии**

-

- **Жалобы и анамнез:**

- - устойчивое повышение температуры тела,
- - затрудненное дыхание, одышка,
- - кашель;
- - отказ от питья и еды,
- - слабость, вялость или, наоборот, возбуждение
-

- **Физикальное обследование:**
- - учащенное или затрудненное дыхание (дети до 2 месяцев ЧДД ≥ 60 в минуту; от 2 мес.- до 1 года ≥ 50 в минуту; 1-5 лет ≥ 40 в минуту; старше 5 лет > 28 в минуту);
- - втяжение нижней части грудной клетки; лихорадка; кряхтящее дыхание (у младенцев);
- - участие вспомогательной мускулатуры грудной клетки в акте дыхания;
- - аускультативные признаки (ослабленное или бронхиальное дыхание, влажные хрипы, шум трения плевры, необычный звуковой резонанс (ослабление над плевральным экссудатом/эмпиемой, усиление над долевым уплотнением); укорочение перкуторного звука

- **Лабораторные исследования:**

- - общий анализ крови – лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, лейкопения, ускорение СОЭ.

-

- **Инструментальные исследования:**

- - рентгенологическое исследование грудной клетки при подозрении на развитие легочных осложнений (плеврального выпота, эмпиемы, пневмоторакса, пневматоцеле, интерстициальной пневмонии и перикардального выпота)

-

- **Консультации специалистов:**

- - консультация пульмонолога при затяжном течении, наличии астмоидного дыхания;
- - консультация хирурга при развитии деструктивных осложнений.

Лечение

- **Тактика лечения тяжёлой пневмонии для детей до 5 лет по стандарту ИВБДВ:**
- - Госпитализация ребёнка;
- - Кислородотерапия (по стандарту ИВБДВ - карманный справочник);
- - Антибиотикотерапия (по стандарту ИВБДВ): препараты выбора – ампициллин (50 мг/кг) в/м или в/в каждые 6 часов и гентамицин (7,5 мг/кг) в/м или в/в 1 раз в день в течение 5 дней. Если состояние не улучшается в течение 48 часов, переходите на лечение гентамицином (7,5 мг/кг) в/м или в/в 1 раз в день и клоксациллином (50 мг/кг) в/м или в/в через каждые 6 часов. При неэффективности лечения антибиотиками первой линии должен назначаться цефтриаксон (80 мг/кг в сутки) в/м или в/в 1 раз в день в течение 5 дней в качестве второй линии.

- **Поддерживающий уход по стандарту ИВБДВ (карманный справочник) для детей до 5 лет:**
 - - контроль лихорадки;
 - - контроль водного баланса;
 - - санация верхних дыхательных путей;
 - - кислородотерапия;
 - - Поощрение грудного вскармливания и адекватное питание соответственно возрасту во время болезни, а именно, поощрение ребёнка принимать пищу самостоятельно, как только он будет в состоянии это сделать.
 - - Не использовать противокашлевые препараты (средства, подавляющие кашель) и отхаркивающие средства детям до 5 лет;

-

Перечень основных медикаментов:

- 1. Парацетамол 200 мг, 500 мг табл.; сироп 2,4% во флаконе; суппозитории 80 мг;
- 2. Ибупрофен, средняя разовая доза — 5-10 мг/кг массы тела 3-4 раза в сутки
- 3. Азитромицин 125 мг, 500 мг табл.; капсула 250 мг; раствор для инфузий во флаконе 200 мг/100 мл;
- 4. Эритромици 250 мг, 500 мг табл.; пероральная суспензия 250 мг/5 мл;
- 5. Спирамицин 150 000 МЕ/кг;
- 6. Ампициллин 250 мг, табл.; 250-500 мг, капсула; порошок для приготовления инъекционного раствора 500 мг-1000 мг; суспензия 125/5 мл во флаконе;
- 7. Амоксициллин 500-1000 мг, табл.; 250-500 мг, капсула; 250 мг/5 мл, пероральная суспензия;
- 8. Амоксициллин + клавулановая кислота, порошок 400\57-35мл; 200\28 – 70мл; таб. 500 мг/125 мг, 875 мг/125 мг, порошок для приготовления раствора для внутривенного введения 500мг/100мг;
- 9. Сальбутамол 100 мкг/доза аэрозоль; сальбутамол – аэрозоль, сальбутамол жидкий, раствор для небулайзера 20 мл;
- 10. Цефтриаксон 250 мг, 500 мг, 1000 мг порошок для приготовления инъекционного раствора во флаконе;
- 11. Цефалексин 250-500 мг, табл., 125 мг, 250 мг/5 мл суспензия и сироп;
- 12. Цефуроксим 250 мг, 500 мг табл.; 750 мг, порошок для приготовления инъекционного раствора во флаконе;
- 13. Гентамицин 40 мг/мл, 80 мг/2 мл амп.
- 14. Занамивир порошок для ингаляций дозир. 5мг/доза
- 15. Осельтамивир капс. 30, 45, 75 мг или порошок для пригот. суспензии 30 мг/1г.
- 16. Человеческий рекомбинантный (без использования компонентов донорской крови) интерферон-альфа-2b ректальные суппозитории по 150 тыс. МЕ, 500тыс.МЕ,

-

- **Перечень дополнительных медикаментов:**

- 1. Клоксациллин 500 мг, табл.;
- 2. Специфический антицитомегаловирусный иммуноглобулин 5 мг/мл;
- 3. Ацикловир 200, 800 мг, табл.;
- 4. Сульфаметоксозол + триметоприл 480 мг/5 мл, амп.; 120 мг, 480 мг, табл.;
- 5. Итраконазол оральный раствор 150 мл - 10 мг\мл.
- 6. Флуконазол 50 мг, 150 мг.
- 7. Амфотерицин Б 50 мг порошок для приготовления инъекционного раствора;
- 8. Цефотаксим 500 мг, табл.;
-

- **Профилактические мероприятия**

- - ограничение контактов с больными и вирусоносителями, особенно в сезоны повышения респираторной заболеваемости.
- - ношение масок и мытье рук членов семьи с заболеванием ОРВИ.
- - поддержание оптимального воздушного режима в помещении
- - проведение закаливающих мероприятий

-

Дальнейшее ведение

- - Повторный осмотр участкового врача через 2 дня или раньше, если ребенку стало хуже или он не может пить или сосать грудь, появляется лихорадка, учащенное или затрудненное дыхание (научить мать, когда вернуться немедленно к врачу «КВН» по Памятке для родителей по стандарту ИВБДВ;
- - Дети, перенесшие пневмонию, находятся на диспансерном наблюдении в течение 1 года (осмотры проводят через 1, 3, 6 и 12 месяцев).

- **Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:**
 - - Исчезновение втяжения нижней части грудной клетки
 - - Нормализация частоты дыхания
 - - Нормализация температуры тела
 - - Положительная перкуторная и аскультативная динамика
 - - Исчезновение интоксикации
 - - Отсутствие осложнений
 -

• **Показания для госпитализации:**

- - Младенцы до 2-х месяцев, у которых после проведения сортировки в приёмном покое стационара были выявлены неотложные признаки (НП) и приоритетные признаки (ПП);
- - Дети от 2-х месяцев до 5 лет при наличии общих признаков опасности (ОПО) по стандарту ИВБДВ на уровне ПМСП;
- - Дети от 2-х месяцев до 5 лет, у которых в приёмном покое стационара после проведения сортировки выявлены неотложные признаки (НП) и приоритетные признаки (ПП), связанные с нарушением проходимости дыхательных путей и функции дыхания по стандарту ИВБДВ на уровне стационаров;
- - Центральный цианоз;
- - Подозрение на инородное тело;
- - Респираторный дистресс-синдром (явный дискомфорт при дыхании; судороги, заторможенность, или отсутствие сознания; втяжение нижней части грудной клетки; симптомы пневмонии при аускультации грудной клетки);
- - Наличие осложнений;
- - Тяжёлые и затяжные формы пневмонии;
- - Отсутствие эффекта от амбулаторной терапии.

Источники и литература

- Протоколы заседаний Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК, 2013
 - 1. Guidelines for Preventing Health-Care-Associated Pneumonia, 2003, Recommendations of CDC and the Healthcare Infection, Control Practices Advisory Committee, Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports March 26, 2004 / Vol. 53 / No. RR-3 2. «British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in children: update 2011», Thorax 2011 66: ii1-ii23: thorax.bmj.com 3. Evidence Based Clinical Practice Guideline For Infection Prophylaxis - PCP Guideline 15, Health Policy & Clinical Effectiveness, Evidence Based Clinical Practice Guideline, Pneumocystis Carinii Pneumonia Prophylaxis following Solid Organ or Blood & Marrow Transplants Publication Date: 01-12-01 4. Pneumococcal conjugate vaccines for preventing invasive pneumococcal disease and pneumonia in children under two years of age, Evidence Summaries, 17.1.2005 5. Pneumonia, EBM Guidelines, 11.6.2004 6. Treatment of pneumonia in children, EBM Guidelines, 03.05.2000 7. Ведение ребенка с серьезной инфекцией или тяжелым нарушением питания. Руководство по уходу в стационарах первого уровня в Казахстане. ВОЗ, МЗ РК, 2006 год 8. Доказательная медицина. Ежегодный краткий справочник. Выпуск 3. Москва, Медиа Сфера, 2004. 12 9. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине: Пер с англ./ Под ред. Ю.Л. Шевченко, И.Н. Денисова, В.И. Кулакова, Р.М. Хаитова.- 2-е изд., испр. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 1248с. 10. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине: Пер с англ./ Под ред. Ю.Л. Шевченко, И.Н. Денисова, В.И. Кулакова, Р.М. Хаитова.- 2-е изд., испр. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 1248с. 11. Руководство по ведению наиболее распространенных заболеваний в условиях ограниченных ресурсов, ВОЗ, 2013г. (вторая редакция), карманный справочник, 69-85с.