

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ

Изучение особенностей распространенности пневмонии, имеет важное значение для совершенствования, организации и планирования терапевтической, физиотерапевтической помощи.

Ключевые слова: пневмония, органы дыхания, заболеваемость, распространенность.

Пневмония – острое поражение легких инфекционно-воспалительного характера, в которое вовлекаются все структурные элементы легочной ткани, преимущественно - альвеолы и интерстициальная ткань легких.

Острая пневмония встречается у 10-14 человек из 1000, в возрастной группе старше 50 лет – у 17 человек из 1000. Актуальность проблемы заболеваемости острой пневмонией сохраняется, несмотря на внедрение новых антимикробных препаратов, также как сохраняется высокий процент осложнений и летальность (до 9%) от пневмоний. Пневмония может развиваться у ослабленных больных, присоединяясь к течению сердечной недостаточности, онкологических заболеваний, нарушениям мозгового кровообращения, и осложняет исход последних. У пациентов со СПИДом пневмония является основной непосредственной причиной гибели.

Среди причин, вызывающих пневмонию, на первом месте стоит бактериальная инфекция. Чаще всего возбудителями пневмонии являются:

- грамположительные микроорганизмы: пневмококки (от 40 до 60%), стафилококки (от 2 до 5%), стрептококки (2,5%);
- грамотрицательные микроорганизмы: палочка Фридлендера (от 3 до 8%), гемофильная палочка (7%), энтеробактерии (6%), протей, кишечная палочка, легионелла и др. (от 1,5 до 4,5%);
- микоплазмы (6%);
- вирусные инфекции (вирусы герпеса, гриппа и парагриппа, аденовирусы и т. д.);
- грибковые инфекции.

Также пневмония может развиваться вследствие воздействия неинфекционных факторов: травм грудной клетки, ионизирующего излучения, токсических веществ, аллергических агентов. К группе риска по развитию пневмонии относятся пациенты с застойной сердечной недостаточностью, хроническими бронхитами, хронической носоглоточной инфекцией, врожденными пороками развития легких, с тяжелыми иммунодефицитными состояниями, ослабленные и истощенные больные, пациенты, длительно находящиеся на постельном режиме, а также лица пожилого и старческого возраста.

Особо подвержены развитию пневмонии курящие и злоупотребляющие алкоголем люди. Никотин и пары алкоголя повреждают слизистую оболочку бронхов и угнетают защитные факторы бронхопульмональной системы, создавая благоприятную среду для внедрения и размножения инфекции. Инфекционные возбудители пневмонии проникают в легкие бронхогенным, гематогенным или лимфогенным путями. При имеющемся снижении защитного бронхопульмонального барьера в альвеолах развивается инфекционное воспаление, которое через проницаемые межальвеолярные перегородки распространяется на другие отделы легочной ткани. В альвеолах происходит образование экссудата, препятствующего газообмену кислорода между легочной тканью и кровеносными сосудами. Развиваются кислородная и дыхательная недостаточность, а при осложненном течении пневмонии - сердечная недостаточность. В развитии пневмонии выделяется 4 стадии: стадия прилива (от 12 часов до 3 суток) – характеризуется резким кровенаполнением сосудов легких и фибринозной экссудацией в альвеолах; стадия красного опеченения (от 1 до 3 суток) – происходит уплотнение ткани легкого, по структуре напоминающей печень. В альвеолярном экссудате обнаруживаются эритроциты в большом количестве; стадия серого опеченения – (от 2 до 6 суток) - характеризуется распадом эритроцитов и массивным выходом лейкоцитов в альвеолы; стадия разрешения – восстанавливается нормальная структура ткани легкого. Анализ заболеваемости по РК показал, что наиболее высокие уровни заболеваемости пневмонией в 2011 году регистрируются в Павлодарской области 1003,9 случая на 100.тыс населения, далее по убыванию Жамбылской (877,4), Акмолинской области (871,8).

Особенно тревожит рост болезни у детей от 0 до 14 лет в Акмолинской области, где на 100 тыс.населения приходится 2620,1 случаев, при республиканском показателе 1314,8 случая. Второе место по рангу занимает Павлодарская область (2429,2), третье - Жамбылская область-1983,2 случая.

Заболеваемость среди подростков от 15-17 лет выражена в Павлодарской (1340,8 случаев на 100 тыс.населения), С-Казахстанской области (1020,1) и Костанайской (752,7) области [1].

Пациентов с пневмонией, как правило, госпитализируют в общетерапевтическое отделение или отделение пульмонологии. На период лихорадки и интоксикации назначается постельный режим, обильное теплое питье, высококалорийное, богатое витаминами питание. При выраженных явлениях дыхательной недостаточности больным пневмонией назначают ингаляции кислорода.

Основным в лечении пневмонии является антибактериальная терапия. При внегоспитальной пневмонии чаще назначают пенициллины (амоксиклав, ампициллин и т. д.), макролиды (ровамицин, рулид), цефалоспорины (цефазолин, кефзол и др.). Выбор способа введения антибиотика определяется тяжестью течения пневмонии.

Для лечения внутрибольничных пневмоний используют пенициллины, цефалоспорины, фторхинолоны (ципрофай, таривид и т.д.), карбапенемы (тиенам), аминогликозиды (гентамицин). При неизвестном возбудителе назначают комбинированную антибиотикотерапию из 2-3 препаратов. Курс лечения может продолжаться от 7-10 до 14 дней, возможна смена антибиотика.

При пневмониях показано проведение дезинтоксикационной терапии, иммуностимуляции, назначения жаропонижающих, отхаркивающих и муколитических, антигистаминных средств.

Лечение пневмонии проводится до полного выздоровления пациента, которое определяется нормализацией состояния и самочувствия, физикальных, рентгенологических и лабораторных показателей.

При частых повторных пневмониях одной и той же локализации решается вопрос о хирургическом вмешательстве.

После прекращения лихорадки и интоксикации режим расширяют и назначают проведение физиотерапии (электрофорез с кальцием хлоридом, калием йодидом, лидазой, УВЧ, массаж, ингаляции) и ЛФК для стимуляции разрешения воспалительного очага.

Для улучшения гемодинамики, а также обменных процессов целесообразно назначать ежедневные лечебные ванны. Продолжительность ванны 5-10 мин. Противопоказаний к применению лечебных ванн нет. Рекомендуются горчичники, банки. В ряде случаев эффективны ежедневные аппликации парафина на грудную клетку, температура его должна быть 37-38°C, продолжительность процедуры 20-30 мин, всего 10-12 раз.

Если пневмония протекает на фоне рахита, рекомендуется ультрафиолетовое облучение субэритемными дозами — 3-5 сеансов. УВЧ-терапия применяется ежедневно или через день с 3-4-го дня болезни на оба легкие от 10 до 15 мин, всего 8-10 сеансов. Она особенно показана при пневмонии с затяжным течением.

Диатермия назначается ежедневно в течение 10-25 мин, но не ранее 7-8-го дня от начала заболевания, всего 8-10 сеансов. Если пневмония принимает затяжное течение, лучше назначать коротковолновую диатермию (КВД) — 8-10 сеансов по 20-30 мин. Противопоказанием к назначению диатермии, является наличие гнойных очагов в легких, плевре или других органах, а также экссудативный диатез. При положительной реакции Пирке или Манту (1 : 10 000) диатермию, УВЧ, кварц и другие электропроцедуры применять не следует.

В последнее время для лечения пневмонии широко используется электрофорез. Электрофорез применяется со следующими лекарственными препаратами: 2-5% раствор кальция хлорида, 5% раствор меди сульфата, 2% раствор натрия бромида, 5-10% раствор магния сульфата, 2% раствор новокаина. При помощи электрофореза можно вводить антибиотики. В период выздоровления при уменьшении одышки показано применение общего массажа и лечебной гимнастики [2,3,4].

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

- 1 Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году». - Астана: 2012 г.
- 2 Клячкин Л.М, Малявин А.Г., Пономаренко Г.Н., Самойлов В.О., Щегольков А.М. Физические методы лечения в пульмонологии. – СПб.: СЛП, 1997. – 316 с.
- 3 Червинская А.В. Галотерапия в профилактике и восстановительном лечении болезней органов дыхания // Современные технологии восстановительной медицины / Под. ред. Труханова А.И. – М.: Медика, 2004. – С.137-158.
- 4 Червинская А.В. Галотерапия. Глава 5.3.2.// Пневмология в пожилом и старческом возрасте. - СПб.: МЕД МАСС МЭДИА, 2005. - 712 с. / Под ред. А.Н. Кокосова. – С.308-316.

Н.А. ТАУБАЛДИНОВА, Л.И. ВАНСОВИЧ, А.М. ДЖЕКСЕНБИЕВА, А.А. БУШАНСКАЯ ПНЕВМОНИЯ АУРУШЫЛДЫҒЫНЫҢ ТАРАЛУЫ ЖӘНЕ ФИЗИОТЕРАПИЯЛЫҚ ЕМДІ ҚОЛДАНУ

Түйін: Пневмония аурушылдығының таралуын зерттеу, терапиялық, физиотерапиялық медициналық көмекті жақсартуға, жоспарлауға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: пневмония, тыныс алу ағзалары, аурушылдық, таралу

N.A. TAUBALDINOVA, L.I. VANSOVICH, A.M. DZHEKSENBIIEVA, A.A. BUSHANSKAYA PREVALENCE OF INCIDENCE AND PHYSICAL THERAPY APPLICATION IN PNEUMONIA TREATMENT

Resume: Studying of features of prevalence of pneumonia, is important for improvement, the organization and planning of the therapeutic, physiotherapeutic help.

Keywords: pneumonia, respiratory organs, incidence, prevalence.