СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ 3
ВВЕДЕНИЕ 4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ 6
1.1 Этиология и патогенез 6
1.2 Классификация внебольничных пневмоний 8
1.3 Клиническая картина внебольничной пневмонии у взрослых 9
1.4 Лабораторно-диагностические методы исследования внебольничной пневмонии 10
1.5 Микробиологическая диагностика при внебольничной пневмонии 12
1.6 Инструментальные методы диагностики внебольничной пневмонии ... 14
1.7 Лечение внебольничной пневмонии в условиях стационара 15
1.8. Осложнения внебольничной пневмонии 19
ГЛАВА 2. РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА ФАПА В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ 20
2.1 Роль фельдшера ФАПа в диагностике внебольничной пневмонии 20
2.2 Роль фельдшера ФАПа в лечении внебольничной пневмонии 22
2.3 Роль фельдшера ФАПа в профилактике внебольничной пневмонии 24
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 26
РЕКОМЕНДАЦИИ 27
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 28
ПРИЛОЖЕНИЯ 31

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АБП – антибактериальный препарат

АБТ – антибактериальная терапия

АД – артериальное давление

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВП – внебольничная пневмония

ДН – дыхательная недостаточность

ИВЛ – искусственная вентиляция легких

КТ – компьютерная томография

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение

ЛС – лекарственное средство

ЛФ – лекарственная форма

МСЧ – медсанчасть

ОГК – органы грудной клетки

ОДН – острая дыхательная недостаточность

СД – сахарный диабет

СРБ – С-реактивный белок

ТВП – тяжелая внебольничная пневмония

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФАП – фельдшерско-акушерский пункт

ХБП – хроническая болезнь почек

ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких

ХСН – хроническая сердечная недостаточность

ЧДД – частотой дыхательных движений

ЧСС – частота сердечных сокращений

ВВЕДЕНИЕ

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

Внебольничная пневмония - острое заболевание, которое возникает во внебольничных условиях (вне стационара) или диагностируется в первые 48 часов с момента госпитализации, или развивается у пациента, не находившегося в домах сестринского ухода (отделения) и длительного медицинского наблюдения более 14 календарных дней, сопровождающееся симптомами инфекции нижних отделов дыхательных путей (лихорадкой, кашлем, выделением мокроты, болью в грудной клетке, одышкой) и рентгенологическими или компьютерно-томографическими (КТ) признаками, не обнаруживаемых ранее очагово-инфильтративных изменений в легких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы.

Внебольничная пневмония является одной из ***актуальных проблем*** современной медицины, что обусловлено высокой заболеваемостью и смертностью, связанными с этой патологией. Так, ежегодная заболеваемость ВП в России составляет 390–400 случаев на 100 тыс. населения, а смертность — 17–18 случаев на 100 тыс. По данным ВОЗ, пневмония и грипп занимают 3-е место среди ведущих причин смерти, унося более 3 млн жизней ежегодно. Известно, что у пациентов молодого и среднего возраста без сопутствующих заболеваний летальность в среднем составляет 1 – 3%, а у больных пожилого возраста с сопутствующими заболеваниями летальность достигает 15 – 58% [9].

Помимо этого, ***актуальность*** данной темы обуславливается тем, что фельдшер является первичным звеном здравоохранения, которое чаще всех сталкивается с внебольничной пневмонией как на ФАПе и в поликлинике,

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

1.1 Этиология и патогенез

Внебольничная пневмония может быть вызвана достаточно большим количеством микроорганизмов: от бактерий до простейших и грибов. Однако чаще всего встречаются всё же ВП бактериальной, вирусной или смешанной этиологии.

Наиболее распространенным возбудителем ВП является *Streptococcus pneumoniae (S. pneumoniae) (пневмококк),* на который приходится около 30 - 50 % всех случаев заболевания у лиц без сопутствующих патологий. В случаях нетяжёлой ВП основными возбудителями являются *Chlamydophila pneumoniae (C. pneumoniae)* и *Mycoplasma pneumoniae (M. pneumonia*, что вместе составляют около 8 – 30 % от данной формы заболевания, однако могут также обнаруживаться *Staphylococcus aureus (S. aureus)* и *Klebsiella pneumoniae (K. pneumoniae)* (3 – 5 %). Далее идут возбудители, которые являются причиной ВП при определенных сопутствующих заболеваниях, например, *Haemophilus influenzae* (8 – 10 % случаев) у курильщиков больных хроническим бронхитом, ХОБЛ или *Pseudomonas aeruginosa* у пациентов с бронхоэктатической болезнью, муковисцидозом или иммунодефицитами. Стоит также отметить, что в случаях тяжелой ВП может быть выявлена *Legionella pneumophila*, однако лишь в единичных случаях. В половине случаев возникновения ВП заболевание вызывается не одним, а двумя и более возбудителями. Наиболее часто встречаются комбинации пневмококковой инфекции с микоплазменной или с хламидийной.

Помимо бактериальных возбудителей ВП есть ещё и вирусные, которые представлены вирусами гриппа (А и В), короновирусами (например, SARS-CoV-2), риносинцитиальным вирусом, метапневмовирусом человека, бокавирусом человека. Частота же появления ВП вирусной этиологии носит преимущественно сезонный характер, например, в холодное время года частота выявления вирусной ВП возрастает. Помимо этого, вирусные ВП

ГЛАВА 2. РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА ФАПА В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

2.1 Роль фельдшера ФАПа в диагностике внебольничной пневмонии

Фельдшер является первичным звеном здравоохранения не только на ФАПе, но и в здравпунктах, медсанчастях, амбулаториях и поликлиниках. В большинстве случаев пациенты изначально обращаются за медицинской помощью именно к фельдшеру, ведь только он из всего среднего медицинского персонала имеет право проводить диагностические мероприятия.

В диагностике пациентов с лёгкой и среднетяжёлой ВП фельдшер играет главную роль, проводя сбор информации о пациенте, сбор его анамнеза, осмотр, а позже направляя в стационар или к узкому специалисту.

При сборе анамнеза (чуть ранее оформляется паспортная часть) фельдшер начинает диагностику с выявления и оценки жалоб пациента. Во время их выявления фельдшер должен помочь пациенту вспомнить жалобы, не говоря о ней напрямую (во избежание придумывания пациентом несуществующих жалоб) и не перебивая его.

При ВП имеют место быть следующие жалобы на:

- Повышение температуры;
- Кашель (сухой или влажный);
- Одышку различной степени выраженности;
- Боли в груди;
- Немотивированную слабость, утомляемость;
- Сильное потоотделение по ночам.

Оценивая жалобы пациента, фельдшер должен помнить о том, что жалобы могут меняться в зависимости от возраста пациента, например, у пожилых пациентов жалобы могут быть совершенно другими из-за стёртого течения у них ВП.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В курсовой работе была определена роль фельдшера в диагностике, лечении и профилактике внебольничной пневмонии у взрослого населения в условиях фельдшерско-акушерского пункта. Поставленные ранее задачи были выполнены.

Изучение и анализ литературных и интернет источников по данному вопросу показали: внебольничная пневмония является насущной проблемой для современной системы здравоохранения из-за её распространённости и риска возможных осложнений, тяжёлого течения и процента летальности.

По этой причине фельдшер ФАПа, являясь первичным звеном здравоохранения, вносит большой вклад в диагностику внебольничной пневмонии, определяя само заболевание, его форму, тяжесть и направляя пациента на дополнительное обследование. Так можно вовремя определить внебольничную пневмонию ещё в лёгкой форме, давая возможность начать ранее лечение, или же определить её в формах более тяжёлой, тем самым спасая жизнь пациенту.

В амбулаторном лечении фельдшер ФАПа определяет его тактику, наблюдает за эффективностью проводимой терапии и, при необходимости, направляя его на стационарное лечение или на лечение более узким специалистам. Вовремя и правильно назначенная терапия способствует более лёгкому течению внебольничной терапии, что позволит избежать неудобств для пациента при госпитализации в стационар, а самое главное осложнений и летального исхода.

Роль фельдшера ФАПа в профилактике существенна. Работая с населением, он может значительно снизить риск развития внебольничной пневмонией или риск развития её тяжёлой формы и осложнений, что позволяет снизить её распространённость и летальность как среди групп риска, так и среди всего взрослого населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авдеев С.Н., Белоцерковский Б.З., Дехнич А.В. [и др.]. Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых: обзор литературы // Вестник интенсивной терапии им. А.И. Салтанова. – 2021. – №3. - стр. 27–46.

2. Авдеев С.Н., Белобородов В.Б., Белоцерковский Б.З. [и др.]. Тяжелая внебольничная пневмония у взрослых// Клинические рекомендации Федерации анестезиологов и реаниматологов России. Анестезиология и реаниматология. 2022. - №1 – стр. 635.

3. Андержанова А. А., Мелёшкина Ю. А. Лекция: Внебольничная пневмония. диагностика, подходы к лечению //Клиницист. – 2019. - Том 13, №1-2. - стр. 55-64.

4. Бакиров Б. А., Давлетшин Р. А., Хасанов А. Х. [и др.]. Пульмонология: учебное пособие — Уфа: БГМУ, 2021. – 70 - 81 стр.

5. Болотова Е.В., Дудникова А.В., Юсупова З.С. Внебольничная пневмония: диагностика, лечение. Особенности ведения беременных: учебное пособие - Краснодар: Кубанский гос. мед. ун-т, 2021 – 117 с.

6. Быстрицкая Е. В., Биличенко Т. Н. Анализ заболеваемости пневмониями взрослого и детского населения Российской Федерации за период 2010–2014 гг. // Пульмонология – 2017. – Том 27, № 2. – стр. 173-178.

7. Всемирная организация здравоохранения. Главная страница/ Центр СМИ/ Информационные бюллетени/ Подробнее/ Пневмония. – 02.08.2019.

8. Демко И. В., Корчагин Е. Е., Гордеева Н. В. [и др.]. Опыт вакцинопрофилактики пневмококковой инфекции у взрослых на примере Красноярского края // Пульмонология – 2017. – Том 27, № 1. – стр. 21-28.

9. Зайцев А.А., Синопальников А.И. Практические рекомендации по ведению пациентов с нетяжелой внебольничной пневмонией //РМЖ - 03.04.2020. – №4. - стр. 19-23.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.

Таблица. 1. Структура возбудителей ВП с учетом тяжести заболевания и места лечения

Частота выявления, %			
Возбудитель	Амбулаторно	Стационар	ОРИТ
S. pneumoniae	38	27	28
M. pneumoniae	8	5	2
H. influenzae	13	6	7
C. pneumoniae	21	11	4
S. aureus	1,5	3	9
Enterobacterales	0	4	9
P. aeruginosa	1	3	4
Legionella spp.	0	5	12
C. burnetii	1	4	7
Респираторные вирусы	17	12	3
Не установлен	50	41	45