

Всемирный день борьбы с пневмонией.



12 ноября Всемирный день борьбы с пневмонией (World Pneumonia Day), который отмечается сегодня, появился в календаре благодаря Глобальной коалиции против детской пневмонии. Так называется объединение международных, правительственных, неправительственных и местных организаций, научно-исследовательских и учебных институтов, фондов и граждан-активистов. Коалиция стремится привлечь к проблеме пневмонии внимание государственных деятелей, специалистов здравоохранения и потенциальных доноров. Одним из инструментов, помогающих достижению этой цели, стал Всемирный день борьбы с пневмонией. В этот день учреждения здравоохранения организуют профилактические мероприятия, проводят медицинские осмотры. Кроме того, множество волонтеров рассказывают людям о пневмонии и сопряженных с ней рисками, раздают информационные листовки и буклеты. Кроме всего прочего, в 2009 году Всемирная организация здравоохранения совместно с ЮНИСЕФ объявили «Глобальный план действий по профилактике пневмонии и борьбе с ней». Цель этого плана — активизация борьбы с пневмонией с помощью комбинированных мероприятий по защите детей, профилактике и лечению болезни. Кстати, именно дети страдают от пневмонии в первую очередь. Это заболевание является главной причиной смертности несовершеннолетних во всем мире. Ежегодно оно уносит жизни 1,4 миллиона детей в возрасте до пяти лет. Это больше, чем СПИД, малярия и корь вместе взятые. Пневмония распространена повсеместно, но больше всего от нее страдают дети в Южной Азии и в Африке. Впрочем, эту болезнь можно предупредить с помощью довольно простых мер, например иммунизации и хорошего питания. Поэтому особенно важно периодически напоминать миру о пневмонии и побуждать людей к действиям, способным остановить болезнь: к распространению информации, к взаимодействию с органами власти, к пожертвованиям на иммунизацию. Именно этим активно занимаются добровольцы во Всемирный день борьбы с пневмонией. А все равнодушные могут выразить им солидарность, хотя бы надев голубые джинсы. Эта одежда стала символом Всемирного дня борьбы с пневмонией.

Пневмония - инфекционное заболевание лёгких. Обычно оно поражает детей младше двух лет, взрослых старше 65 и людей с ослабленной иммунной системой (например, больных сахарным диабетом, СПИД, алкоголиков).

Статистика пневмонии.



Во-первых, по статистике пневмония - явно участилась. По данным статистики Национального института здоровья, в США в год пневмонией болеют более 3 миллионов человек. В России такая статистика не опубликована, однако в некоторых регионах каждые 5 лет 5 человек из 20 переносят пневмонию.

Во-вторых, пневмонию не сразу диагностируют. По некоторым данным, в нашей стране у больных тяжелым гриппом в 20% случаев (у каждого пятого!) пневмонию пропускают.

В-третьих, все чаще из мокроты пациентов стала высеиваться микрофлора, не чувствительная ко всем известным группам антибиотиков. У каждого 3-4-го заболевшего пневмония приобретает затяжное течение. Все больше случаев нетипичного развития болезни, необычной клинической картины. Если раньше пневмонию связывали с холодным временем года, теперь и тепло - не гарантия уберечься от воспаления легких. А "болезнь легионеров", вызываемая микробами, активно размножающимися в системах вентиляции, летом еще учащается. Проявляется она типичным воспалением легких. За последние 5 лет изменилась даже классификация пневмоний. Известное ранее деление на очаговую и крупозную, как считают специалисты, устарело. В международной научной литературе все чаще идет деление (впрочем, тоже достаточно условно) на *внебольничную и госпитальную пневмонию*.

Внебольничная пневмония и госпитальная пневмония.

С успешным развитием бактериологии, вирусологии появилась возможность выявлять большинство микроорганизмов, ставших возбудителями воспалительного процесса в легких. Так вот *внебольничную пневмонию* вызывают, как правило, пневмококки, хламидии, микоплазмы. А виновником *госпитальной становится* чаще всего «зловредный» стафилококк, штаммы которого нечувствительны к самым сильным антибиотикам. Госпитальная

пневмония прописалась, как видно из названия, в больницах. Носителями стафилококка выступают порой сами медики. Имея постоянный контакт с вирусами и бактериями, с антибиотиками, они передают больным болезнетворные микроорганизмы, уже невосприимчивые к лекарствам. Но в условиях стационара больному хотя бы быстро окажут квалифицированную помощь. С внебольничной пневмонией сложнее. Прежде всего, никогда не переносите грипп и ОРВИ на ногах, особенно если вы немолоды или страдаете сердечной недостаточностью, диабетом, работаете в условиях с профессиональными вредностями. Факторы риска - хронический бронхит, курение, больные зубы, тонзиллит, гайморит, психическая и физическая перегрузка.

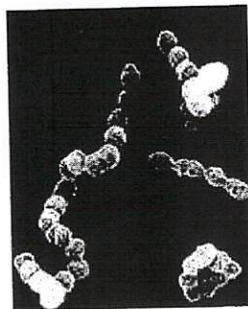
Симптомы пневмонии.



Какие симптомы пневмонии должны насторожить? Температура держится дольше 5 дней или возникла вторая "волна" ее повышения. Сильная слабость, потливость также являются симптомами пневмонии. Односторонняя боль в боку. Одышка, ощущение сдавления в груди. Синюшность лица и губ. Кашель. Совсем необязательно иметь весь "букет" симптомов пневмонии. Особенно часто в заблуждение вводит отсутствие кашля, а он появляется порой только после начала интенсивного лечения пневмонии. Опытный врач, прослушав и "простучав" больного, проанализировав жалобы, клинические проявления болезни, сумеет заподозрить пневмонию. Будут сделаны анализ крови, рентгенография. Современный подход требует анализа мокроты и только потом назначения антибиотиков. Но на деле сделать это не так просто. Бывает, мокроты нет. Важно, чтобы не попала в нее микрофлора изо рта, иначе анализ будет неточен. Перед откашливанием в пробирку нужно тщательно почистить зубы, неоднократно прополоскать рот и горло дезинфицирующим раствором, а потом кипяченой водой... Да и анализ будет готов через 2-3 дня. Поэтому врач назначает лечение эмпирически, подбирая антибиотик более широкого спектра действия (при воспалении легких, в том числе и вызванном хламидиями и микоплазмами, без антибиотиков не обойтись), сочетая его с другими препаратами и методами лечения.

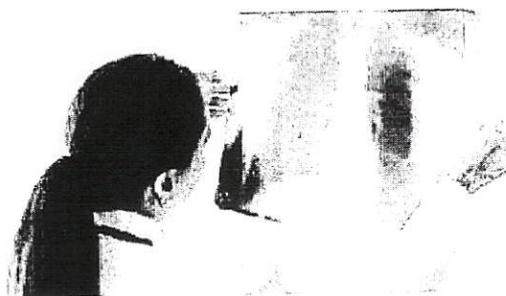
Причины пневмонии.

Часто причиной является бактериальная флора, в особенности



Streptococcus pneumoniae.

Бактериальная пневмония может развиваться после инфекции верхних дыхательных путей, например простуды или гриппа. Примерно в 50% случаев возбудителем пневмонии является вирус. Вирусная пневмония чаще встречается зимой и обычно не носит такой острый характер как бактериальная пневмония. В некоторых случаях возбудителями являются микоплазмы - микроорганизмы со свойствами, как вирусов, так и бактерий. Другими возбудителями пневмонии могут быть грибы и паразиты, но это случается гораздо реже.



Осложнения пневмонии:

- воспаления плевры (плевриты),
- отек легких,
- абсцесс легкого (полость в легком, заполненная гноем),
- нарушения дыхания.

Внимание!



Немедленно обратитесь к врачу или вызовите его на дом, если у Вас:

- непрекращающийся кашель, боль в груди, жар;
- резкое ухудшение общего состояния после простуды или гриппа;
- озноб, затрудненное дыхание.

При подозрении на пневмонию у лиц старше 65 лет, у людей с хроническими заболеваниями или с ослабленным иммунитетом, детей и беременных следует немедленно вызвать «Скорую помощь».

Профилактика:

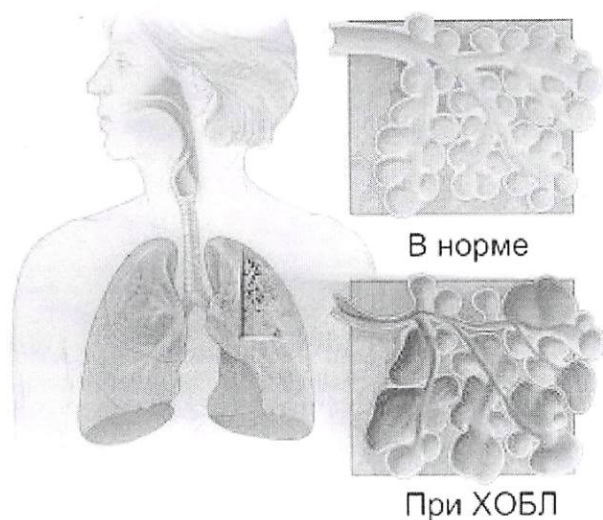


- людям старше 65 лет и другим группам риска рекомендуется вакцинация против некоторых типов стрептококка (он является одним из самых частых возбудителей),
- для детей, находящихся в группах риска (например, больные астмой) разработана специальная вакцина,
- поскольку пневмония часто появляется в качестве осложнения после гриппа, ежегодные вакцинации против гриппа также являются способом профилактики,
- как можно чаще мойте руки мылом, в течение 15-30 секунд, чтобы удалить микроорганизмы, способные вызвать пневмонию,
- поддерживайте сопротивляемость организма с помощью здорового питания, отдыха и регулярных упражнений,
- не курите. Курение снижает естественную устойчивость бронхов и лёгких к респираторным инфекциям.

Вызовите скорую помощь в случае, если на ваших глазах человек начал задыхаться, у него посинели ногти и носогубный треугольник, слышно тяжелое, хриплое дыхание, затруднение глотания.

Всемирный день борьбы против хронической обструктивной болезни легких 14 ноября.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – многокомпонентное заболевание, в основе которого лежит хроническое воспаление и сужение мелких дыхательных путей (bronхов) с разрушением ткани легких (альвеол), формированием ее «перераздутости», что приводит к появлению кашля, прогрессирующей одышки и быстрой утомляемости. ХОБЛ – серьезное заболевание, которое прогрессирует в течение многих лет, сопровождается нехваткой кислорода в организме. При отсутствии необходимого лечения, последствия ХОБЛ: инвалидность и смерть.



До недавнего времени аббревиатура «ХОБЛ» расшифровывалась как «хронические обструктивные болезни лёгких», и трактовалась как собирательное понятие, включающее хронические экологически опосредованные заболевания дыхательной системы с преимущественным вовлечением дистальных отделов дыхательных путей с частично обратимой бронхиальной обструкцией, характеризующиеся прогрессированием и нарастающей хронической дыхательной недостаточностью.

Термин «ХОБЛ» в настоящее время включает хронический обструктивный бронхит, хронический гнойный обструктивный бронхит, эмфизему лёгких (вторичную, возникшую как морфологическое изменение в лёгких в результате длительной бронхиальной обструкции), пневмосклероз, лёгочную гипертензию, хроническое лёгочное сердце. Каждое из этих понятий отражает особенности морфологических и функциональных изменений на разных стадиях ХОБЛ.

Распространённость симптомов ХОБЛ в значительной степени зависит от курения, возраста, профессии, состояния окружающей среды, страны или региона и в меньшей степени от пола и расовой принадлежности.

ХОБЛ находится:

- на 6-м месте среди ведущих причин смерти в мире,
- на 5-м месте — в развитых странах Европы,
- на 4-м месте — в США.

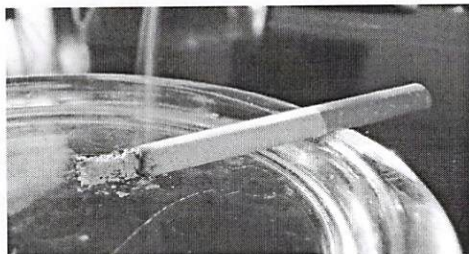
По прогнозам ВОЗ, в 2020 году ХОБЛ будет занимать 5-е место среди всех причин смертности после инсульта, инфаркта миокарда, диабета и травм. Смертность за последние 20 лет увеличилась среди мужчин с 73,0 до 82,6 на 100 тыс. населения и среди женщин с 20,1 до 56,7 на 100 тыс. населения. Ожидается, что рост распространенности курения в мире продолжится, в результате чего к 2030 году смертность от ХОБЛ удвоится.

Факторы риска ХОБЛ

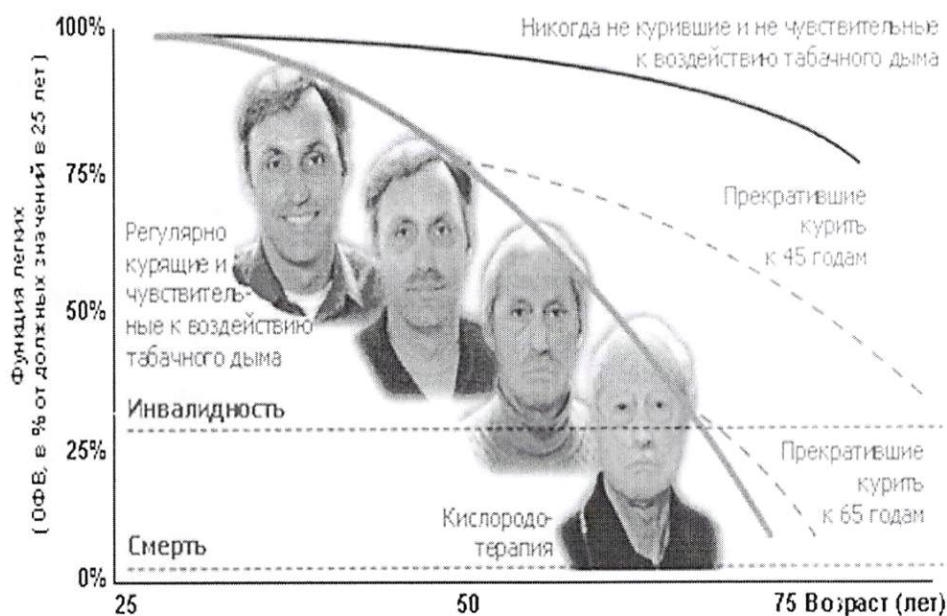
<i>Вероятность значения факторов</i>	<i>Внешние факторы</i>	<i>Внутренние факторы</i>
Установленная	<ul style="list-style-type: none"> • Курение • Профессиональные вредности (кадмий, кремний) 	<ul style="list-style-type: none"> • Дефицит α1-антитрипсина
Высокая	<ul style="list-style-type: none"> • Загрязнение окружающего воздуха (SO₂, NO₂, O₃) • Профессиональные вредности • Низкое социально-экономическое положение • Пассивное курение в детском возрасте 	<ul style="list-style-type: none"> • Недоношенность • Высокий уровень IgE • Бронхиальная гиперреактивность • Семейный характер заболевания
Возможная	<ul style="list-style-type: none"> • Аденовирусная инфекция • Дефицит витамина С 	<ul style="list-style-type: none"> • Генетическая предрасположенность (группа крови А(II), • отсутствие IgA

ХОБЛ является актуальной проблемой, так как следствиями заболевания являются ограничение физической работоспособности и инвалидизация пациентов.

Курение.



Главный фактор риска (80-90 % случаев) — курение. Показатели смертности от ХОБЛ среди курильщиков максимальны, у них быстрее развивается обструкция дыхательных путей и одышка. Однако случаи возникновения и прогрессирования ХОБЛ отмечаются и у некурящих лиц. Одышка появляется приблизительно к 40 годам у курильщиков, и на 13-15 лет позже у некурящих.



В начале 21 века, вследствие увеличения числа курящих людей, а также практически неограниченной рекламы табачных изделий и отсутствия реальных профилактических мероприятий на государственном уровне растет мировая заболеваемость, и, в частности, заболеваемость в России.

Профессиональные факторы. Выплавка чугуна.



Самые вредные профессиональные факторы — пыли, содержащие кадмий и кремний. На первом месте по развитию ХОБЛ стоит горнодобывающая промышленность.

Профессии повышенного риска:

- шахтеры,
- строители,
- контактирующие с цементом,
- рабочие металлургической (за счет испарений расплавленных металлов) и целлюлозно-бумажной промышленности,
- железнодорожники,
- рабочие, занятые переработкой зерна, хлопка.

В России, среди угольщиков имеется большое число лиц с заболеваниями легких пылевой этиологии, в том числе и с пылевым бронхитом. Курение усиливает неблагоприятное действие пыли.

Следует отметить, что охрана труда позволяет значительно снизить риск развития данных хронических заболеваний, основные мероприятия направлены на предотвращение попадания в дыхательные пути пыли и аэрозолей. Достигается это двумя путями, с помощью индивидуальных и коллективных средств защиты. Индивидуальные обеспечивают фильтрацию поступающего к дыхательным путям воздуха, удаляя вредные примеси, к ним относятся, например, респираторы. Коллективные осуществляют фильтрацию воздуха и понижают концентрацию вредных веществ в производственных помещениях. Как правило данные методы защиты используются совместно.

Наследственная предрасположенность.

В пользу роли наследственности указывает факт, что далеко не все курильщики с большим стажем становятся больными ХОБЛ. Наиболее изученным генетическим фактором риска является редкая наследственная

недостаточность $\alpha 1$ -антитрипсина, который ингибирует сериновые протеиназы в системном кровотоке.

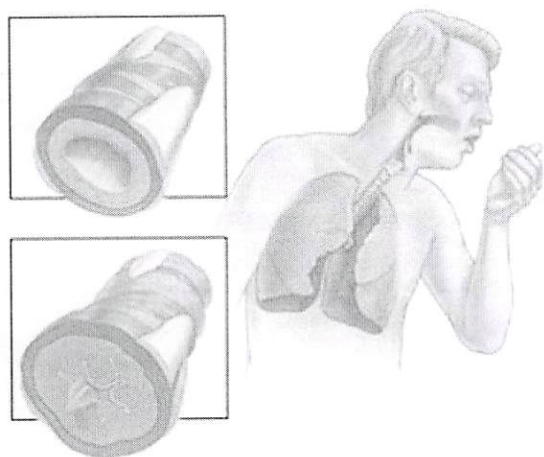
Патогенез.

В патогенезе ХОБЛ наибольшую роль играют следующие процессы:

- воспалительный процесс,
- дисбаланс протеиназ и антипротеиназ в легких,
- окислительный стресс.

Хроническое воспаление затрагивает все отделы дыхательных путей, паренхиму и сосуды легких. Со временем воспалительный процесс разрушает лёгкие и ведет к необратимым патологическим изменениям. Дисбаланс ферментов и окислительный стресс могут быть следствием воспаления, действия окружающей среды или генетических факторов.

Течение патологического процесса.



Патофизиологические изменения при ХОБЛ включают следующие патологические изменения:

- гиперсекреция слизи,
- дисфункция ресничек,
- бронхиальная обструкция,
- деструкция паренхимы и эмфизема легких,
- расстройства газообмена,
- легочная гипертензия,
- легочное сердце,
- системные проявления.

Клиническая картина.

Кашель — наиболее ранний симптом болезни. Он часто недооценивается пациентами, будучи ожидаемым при курении и воздействии поллютантов. На первых стадиях заболевания он появляется эпизодически, но позже возникает ежедневно, изредка — появляется только по ночам. Вне обострения кашель, как правило, не сопровождается отделением мокроты. Иногда кашель отсутствует при наличии спирометрических подтверждений бронхиальной обструкции.

Мокрота — относительно ранний симптом заболевания. В начальных стадиях она выделяется в небольшом количестве, как правило, по утрам, и имеет слизистый характер. Гнойная, обильная мокрота — признак обострения заболевания.

Одышка возникает примерно на 10 лет позже кашля и отмечается вначале только при значительной и интенсивной физической нагрузке, усиливаясь при респираторных инфекциях. Одышка чаще смешанного типа, реже встречается экспираторная. На более поздних стадиях одышка варьирует от ощущения нехватки воздуха при обычных физических нагрузках до тяжелой дыхательной недостаточности, и со временем становится более выраженной. Она является частой причиной обращения к врачу.

Для оценки степени выраженности одышки предложена шкала одышки Medical Research Council (MRC) Dyspnea Scale — модификация шкалы Флетчера:

Шкала одышки Medical Research Council (MRC) Dyspnea Scale

СТЕПЕНЬ	ТЯЖЕСТЬ	ОПИСАНИЕ
0	Нет	Одышка только при очень интенсивной нагрузке
1	Легкая	Одышка при быстрой ходьбе, небольшом подъёме
2	Средняя	Одышка вынуждает пациента передвигаться при ходьбе медленнее, чем здоровые люди того же возраста
3	Тяжелая	Одышка заставляет останавливаться при

		ходьбе примерно через каждые 100 метров
4	Очень тяжелая	Одышка не позволяет выйти за пределы дома или появляется при переодевании

При сборе анамнеза необходимо уделить внимание анализу индивидуальных факторов риска, так как при сочетании факторов риска прогрессирование болезни ускоряется. Для оценки курения как фактора риска используется индекс курильщика (ИК), выраженный в пачках/лет:

- $ИК (пачка/лет) = (число\ выкуриваемых\ сигарет\ в\ сутки * стаж\ курения\ (годы))/20$

Если ИК более 10 пачек/лет является достоверным фактором риска развития ХОБЛ.

Дифференциальная диагностика с бронхиальной астмой.

Важную роль в дифференциальной диагностике играют данные клиники и результаты, полученные при исследовании функции внешнего дыхания. Характерным признаком, позволяющим клинически заподозрить то или иное заболевание, является характер одышки. При бронхиальной астме, одышка возникает через 5-20 минут после физической нагрузки или провоцирующего раздражителя, это связано с аутоиммунным механизмом бронхиальной обструкции при астме, требуется некоторое время, чтобы произошёл отек слизистой, и просвет бронхов сузился. При ХОБЛ одышка возникает непосредственно в момент начала физической нагрузки, это связано с различием механизмов нарушения легочной вентиляции. В отличие от астмы грудная клетка не может спастись и в воздухопроводящих путях остается значительный объём воздуха, что и затрудняет газообмен, приводя к возникновению одышки. При исследовании функции внешнего дыхания, существуют изменения характерные для ХОБЛ и характерные для бронхиальной астмы. Для астмы характерна обратимость бронхиальной обструкции после пробы с бронходилататором. При ХОБЛ обратимость обструкции минимальна, происходит значительное снижение индекса Тиффно.

Лечение ХОБЛ.

Цели лечения ХОБЛ следующие:

- предупреждение усугубления течения болезни,
- облегчение симптомов,
- улучшение переносимости физической нагрузки,
- предупреждение и терапия осложнений,
- предупреждение и терапия обострений,
- снижение смертности.

Профилактические мероприятия.

Отказ от курения.

Придание статуса некурящих школам, местам массового пребывания людей, местам работы должно поддерживаться правительством, организаторами здравоохранения и вообще всем обществом. Отказ от курения называют наиболее экономически выгодным способом уменьшить действия факторов развития ХОБЛ. По мнению ВОЗ, *«прекращение курения — самый важный шаг в направлении уменьшения риска для здоровья. Исследования показали, что 75—80 % курильщиков хотят бросить курить, причём у каждого третьего из них было, по меньшей мере, три серьёзных попытки прекратить курение. ВОЗ призывает правительства, сообщества, организации, школы, семьи и отдельных граждан помочь нынешним курильщикам бросить курить»*. По данным исследований, средства, вложенные в антитабачные компании, оправдывают себя увеличением продолжительности жизни. Антитабачные мероприятия включают:

- использование накожных аппликаторов в качестве никотинзамещающей терапии,
- консультации врачей и других медицинских работников,
- групповые программы и программы самопомощи,
- формирование общественного мнения в пользу отказа от курения.

Борьба с профессиональными факторами.

Борьба с профессиональными факторами вредности, приводящими к развитию поражения дыхательных путей, состоит из двух групп мероприятий:

- обеспечения индивидуальной защиты органов дыхания ;

- снижения концентрации вредных веществ в воздухе рабочей зоны за счет различных технологических мероприятий.

Каждый из этих методов препятствует попаданию в организм человека вредных веществ, таким образом, снижая риск развития ХОБЛ.

Реабилитационные мероприятия.

В основе реабилитации больных с ХОБЛ лежат физические тренировки. Следует отметить, что основной проблемой, снижающей качество жизни у таких больных, остается выраженная одышка и низкая переносимость физической нагрузки. Для устранения данных недостатков был разработан комплекс специальных аэробных нагрузок, направленных на повышение эффективности работы опорно-двигательного аппарата и дыхательной системы. Однако следует отметить, что данные меры реабилитации эффективны лишь в сочетании с адекватной медикаментозной терапией и их эффективность относительно невелика.

Использованный материал <http://ru.wikipedia.org/>.