

მწვავე პნევმონია მოზრდილებში

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

მწვავე პნევმონია მოზრდილებში

(სტაციონარი)

1. დეფინიცია

პნევმონია არის ალვეოლისა და ტერმინალური სასუნთქი გზების ანთება, რომელიც გამოწვეულია ინფექციური აგენტის ჰემატოგენური ან ინჰალაციური გზით ფილტვებში მოხვედრით და რომელსაც ახასიათებს მწვავე რესპირაციული სიმპტომების, ცხელების ან ორივეს ერთდროულად არსებობა და გულმკერდის რენტგენოგრაფიაზე ფილტვის პარენქიმული ინფილტრაციის ნიშნები. არჩევენ:

- არაჰოსპიტალურ (საზოგადოებაში შექმნილ) პნევმონიას;
- ჰოსპიტალურ (ნოზოკომიურ) პნევმონიას;
- იმუნოდეფიციტის ფონზე განვითარებულ პნევმონიას.

2. დამადასტურებელი კრიტერიუმები

ჩივილები: რესპირაციული ნიშნები (ხველა ნახველით ან მის გარეშე), ცხელება, ინტოქსიკაციის გამოვლინებანი.

ობიექტური: ლოკალური კრეპიტაცია, პერკუტორული ხმიანობის მოყრუება.

ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული: ცვლილებები სისხლის ანალიზში (ლეიკოციტოზი ბაქტერიული პნევმონიის დროს) და რენტგენოლოგიურად კეროვანი ინფილტრაციის ნიშნების არსებობა.

3. კლინიკური სიმპტომები და ნიშნები

პნევმონიაზე ეჭვი უნდა მივიტანოთ იმ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ ცხელება შერწყმული ქოშინთან, ნახველის გამოყოფასთან და/ან ტკივილთან გულმკერდის არეში. ავადმყოფი, რომელმაც გადაიტანა პნევმონია, ხშირად უჩივის არამოტივირებულ სისუსტეს, დაღლილობას და ღამით ძლიერ ოფლიანობას. კლასიკურ ობიექტურ ნიშანს წარმოადგენს დაზიანებული სეგმენტის დონეზე პერკუსიული ხმიანობის შესუსტება, ლოკალურად ბრონქული სუნთქვა, წვრილბუშტუკოვანი ხიხინი ან კრეპიტაცია, ბრონქოფონიის გაძლიერება.

- უმეტეს შემთხვევებში, დაავადების კლინიკურ-რენტგენოლოგიური სურათის ანალიზის საფუძველზე არ ხერხდება პნევმონიის ეტიოლოგიის განსაზღვრა.
- პნევმონიის ისეთი ნიშნები, როგორცაა მწვავე ცხელება, ტკივილი გულმკერდის არეში და სხვ. შესაძლოა არ აღინიშნებოდეს, განსაკუთრებით გართულებულ შემთხვევებში და მოხუცებში. 65 წლის ზემოთ დაახლოებით 25%-ში არ აღინიშნება ცხელება, ლეიკოციტოზი კი აღინიშნება მხოლოდ 50-70%-ში. კლინიკური სურათი შეიძლება წარმოდგენილი იყოს დაღლილობით, საერთო სისუსტით, გულისრევით, ანორექსიით, ტკივილით მუცელში, ცნობიერების დაკარგვით.
- პნევმოკოკისათვის, ასევე მიკოპლაზმებისა და ქლამიდიებისათვის, არ არის დამახასიათებელი დესტრუქციის განვითარება. ასეთ დროს

სშირია სტაფილოკოკური ინფექციები, გრამ-უარყოფითი აერობული ბაქტერიები და ანაერობები.

- მიკოპლაზმური პნევმონიისათვის დამახასიათებელია ფილტვის ბაზალური წილების რეტიკულურ-ნოდულარული ინფილტრაცია.

4. დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები:

ა) პირველ 4 საათში

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- გულმკერდის ორგანოების რენტგენოლოგიური კვლევა (რენტგენოგრაფია, რენტგენოსკოპია);
- ჟანგბადის სატურაციის განსაზღვრა;

ბ) პირველ 24 საათში

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- შარდის საერთო ანალიზი;
- გულმკერდის რენტგენოლოგიური კვლევა;
- ჟანგბადის სატურაციის განსაზღვრა;
- სისხლში შარდოვანას განსაზღვრა;
- სისხლში ელექტროლიტების განსაზღვრა;
- ღვიძლის ფუნქციური სინჯები;
- ეკგ (ჩვენების მიხედვით).

გ) პირველ 3 დღეში

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- შარდის საერთო ანალიზი;
- გულმკერდის რენტგენოლოგიური კვლევა;
- ჟანგბადის სატურაციის განსაზღვრა;
- სისხლში შარდოვანას განსაზღვრა;
- სისხლში ელექტროლიტების განსაზღვრა;
- ღვიძლის ფუნქციური სინჯები;
- ბაქტერიოლოგიური კვლევა;
- სეროლოგიური კვლევა (ჩვენების მიხედვით);
- ნახველის ანალიზი მგბ-ზე და ციტოლოგია (ჩვენების მიხედვით);
- ეკგ (ჩვენების მიხედვით);
- ულტრაბგერითი კვლევა (ჩვენების მიხედვით);
- ფიბრობრონქოსკოპია (ჩვენების მიხედვით);
- ტრანსთორაკალური ბიოფსია (ჩვენების მიხედვით);

სპეციალისტთა კონსულტაცია (ჩვენების მიხედვით):

- ყელ-ყურ-ცხვირის სპეციალისტი;
- კარდიოლოგი;
- ქირურგი;
- ფთიზიატრი.

5. მკურნალობა

ზოგადი მართვა

პლევრული ტკივილის საწინააღმდეგოდ საკმარისია მარტივი ანალგეტიკების მიღება, როგორცაა, მაგალითად, პარაცეტამოლი.

ყველა პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს *ოქსიგენოთერაპია* უანგბადის სატურაციის განსაზღვრით და $\text{SaO}_2 > 92\%$ დონეზე შენარჩუნებით. მაღალი კონცენტრაციის უანგბადი შეიძლება პაციენტს მიეცეს გაურთულებელი პნევმონიის დროსაც.

საჭიროების შემთხვევაში აუცილებელია მოხდეს *სითხის ინტრავენური* შევსება.

ემპირიული ანტიბიოტიკოთერაპია არამძიმე პნევმონიის დროს პოსპიტალიზებულ პაციენტებში

პაციენტთა უმრავლესობის მკურნალობა შესაძლებელია per-os მისაღები ანტიბიოტიკებით. ამოქსიცილინით მონოთერაპია შესაძლებელია, თუ პაციენტი ადრე არ იყო ნამკურნალები ანტიბიოტიკებით ან თუ პაციენტი პოსპიტალში მოხვდა არაკლინიკური მიზეზების გამო (მაგ. მოხუცები ან სოციალურად იზოლირებულები).

თუ პაციენტის პოსპიტალიზაციის მიზეზი კლინიკური მიზეზებია, მიზანშეწონილია ამოქსიცილინის და მაკროლიდის (ერითრომიცინი, კლარიტრომიცინი, სპირამიცილი) კომბინაცია.

მაკროლიდით მონოთერაპია დანიშნულ უნდა იქნეს, როდესაც პოსპიტალიზაციამდე ჩატარებული ამოქსიცილინის ადექვატური კურსი უეფექტო აღმოჩნდა. თუმცა ამოქსიცილინით თერაპიის ადექვატურობა ძნელი შესაფასებელია, ამიტომ ასეთ შემთხვევებში მიზანშეწონილია კომბინირებული თერაპია.

ემპირიული ანტიბიოტიკოთერაპია მძიმე პნევმონიის დროს პოსპიტალიზებულ პაციენტებში

თერაპია უნდა ჩატარდეს ფართო სპექტრის ბეტა-ლაქტამური ანტიბიოტიკებით, როგორცაა კო-ამოქსიკლავი ან მეორე (ცეფუროქსიმი) ან მესამე თაობის (ცეფოტაქსიმი, ცეფტრიაქსონი) ცეფალოსპორინი მაკროლიდთან (კლარიტრომიცინი ან ერითრომიცინი) ერთად.

იმ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ ბეტა-ლაქტამების ან მაკროლიდების აუტანლობა მიზანშეწონილია რესპირაციული ფტორქინოლონის (ლევოფლოქსაცინი) და ინტრავენური ბენზილპენიცილინის კომბინაცია.

ანტიბიოტიკის შეყვანის წესი

ანტიბიოტიკის შეყვანის გზა პერ-ორალურია არამძიმე პნევმონიების დროს.

პაციენტები, რომლებიც თავიდან პარენტერალურ ანტიბიოტიკოთერაპიას იღებდნენ, შეიძლება გადაყვანილ იქნენ დასაღვევი ანტიბიოტიკების რეჟიმზე მაშინვე, როდესაც კლინიკური მდგომარეობა გაუმჯობესდება და ტემპერატურა ნორმალური იქნება 24 საათის განმავლობაში.

მონიტორინგი

მდგომარეობის გაუმჯობესების ყველაზე საიმედო ორიენტირებია:

- დადებითი კლინიკური დინამიკა;
- რენტგენოლოგიური სურათის ნორმალიზაცია;
- ლაბორატორიული მონაცემების (სისხლი, ბიოქიმია, ნახველი) ნორმალიზაცია;

6. ბაილლანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი

– “მწვავე პნევმონია მოზრდილებში”.

7. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

ადამიანური რესურსი: თერაპევტი, რენტგენოლოგი, რეანიმატოლოგი (კრიტიკული მედიცინა).

მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი: პულს-ოქსიმეტრი, ფონედოსკოპი, ენის სუპრესორი (შპადელი), გამანათებელი მოწყობილობა ხანის დასათვალიერებლად, რენტგენოგრაფიის აპარატი, ბიოქიმიური ანალიზატორი, ბაქტერიოლოგიური ლაბორატორია, ეკგ-აპარატი, ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკის აპარატი, იმუნოფერმენტული ანალიზატორი.

მწვავე პნევმონია მოზრდილებში

(პირველადი ჯანდაცვის რბოლი)

1. დეფინიცია

პნევმონია არის ალვეოლისა და ტერმინალური სასუნთქი გზების ანთება, რომელიც გამოწვეულია ინფექციური აგენტის ჰემატოგენური ან ინჰალაციური გზით ფილტვებში მოხვედრით და რომელსაც ახასიათებს მწვავე რესპირაციული სიმპტომების, ცხელების ან ორივეს ერთდროულად არსებობა და გულმკერდის რენტგენოგრაფიაზე ფილტვის პარენქიმული ინფილტრაციის ნიშნები.

საერთაშორისო კლასიფიკაციიდან გამომდინარე არჩევენ:

- არაჰოსპიტალურ (სახოგადოებაში შექმნილ) პნევმონიას;
- ჰოსპიტალურ (ნოზოკომიურ) პნევმონიას;
- იმუნოდეფიციტის ფონზე განვითარებულ პნევმონიას.

2. დამადასტურებელი კრიტერიუმები

პნევმონიის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმებს მიეკუთვნება რენტგენოლოგიურად პაციენტის ფილტვის ქსოვილის დაზიანებული კეროვანი ინფილტრაცია და სემდეგი ნიშნებიდან ორი ნიშნის არსებობა:

- მწვავე ცხელება დაავადების დასაწყისში ($t > 38$);
- ხველა ნახველით;
- ლოკალური კრეპიტაცია და/ან წვრილბუსტუკოვანი ხიხინი, უხეში ბრონქული სუნთქვა, პერკუტორული ხმიანობის შესუსტება;
- ლეიკოციტოზი $> 10 \times 10^9$ /ლ და/ან ჩხირბირთვიანების მატება ($> 10\%$)

ამასთან, სასურველია, რომ დიაგნოზი დადასტურდეს რენტგენოლოგიურად. რენტგენოლოგიური კვლევის შეუზღებლობის შემთხვევაში დიაგნოსტიკა ხდება ეპიდანამნეზის, ჩივილების და ლოკალური სიმპტომების მიხედვით

3. კლინიკური სიმპტომები და ნიშნები

პნევმონიაზე ეჭვი უნდა მივიტანოთ იმ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ:

- ცხელება შერწყმული ქოშინთან, ნახველის გამოყოფასთან და/ან ტკივილთან გულმკერდის არეში.
- ავადმყოფი, რომელმაც გადაიტანა პნევმონია, ხშირად უჩივის არამოტივირებულ სისუსტეს, დაღლილობას და ღამით ძლიერ ოფლიანობას.
- კლასიკურ ობიექტურ ნიშანს წარმოადგენს დაზიანებული სეგმენტის დონეზე პერკუსიული ხმიანობის შესუსტება, ლოკალურად ბრონქული სუნთქვა, წვრილბუსტუკოვანი ხიხინი ან კრეპიტაცია, ბრონქოფონიის გაძლიერება.

- პნევმონიის ისეთი ნიშნები, როგორცაა მწვავე ცხელება, ტკივილი გულმკერდის არეში და სხვ. შესაძლოა არ აღინიშნებოდეს, განსაკუთრებით გართულებულ შემთხვევებში და მოხუცებში. 65 წლის ზემოთ დაახლოებით 25%-ში არ აღინიშნება ცხელება, ლეიკოციტოზი კი აღინიშნება მხოლოდ 50-70%-ში. კლინიკური სურათი შეიძლება წარმოდგენილი იყოს დადლილობით, საერთო სისუსტით, გულისრევით, ანორექსიით, ტკივილით მუცელში, ცნობიერების დაკარგვით.

პნევმონიის სიმპტომთა სიხშირე ანამნეზური და ფიზიკალური მონაცემების მიხედვით შემდეგია:

- ხველა, ცხელება, ტაქიკარდია, ხიხინი – 22-48%-ში;
- მხოლოდ ხველა – 2-15%-ში;
- პერკუსიული ხმიანობის მოყრუება – 12-20%-ში;
- მხოლოდ ხიხინი – 15-17%-ში;
- მხოლოდ ცხელება – 5-20%-ში;
- მხოლოდ ტაქიკარდია – 8-13%-ში.

პნევმონიის გართულებები:

- პლევრული გამონადენი;
- პლევრის ემპიემა;
- ფილტვის ქსოვილის დესტრუქცია/აბსცედირება;
- მწვავე რესპირაციული დისტრეს-სინდრომი;
- სუნთქვის მწვავე უკმარისობა;
- სეპტიური შოკი;
- მეორადი ბაქტერიემია, სეფსისი;
- პერიკარდიტი, მიოკარდიტი;
- ნეფრიტი და სხვ.

4. დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები:

ა) პირველ 4 საათში

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- გულმკერდის რენტგენოლოგიური (რენტგენოგრაფია, რენტგენოსკოპია);

კვლევა

ბ) პირველ 24 საათში

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- შარდის საერთო ანალიზი;
- გულმკერდის რენტგენოლოგიური კვლევა;
- ეკგ (ჩვენების მიხედვით);

გ) პირველ 3 დღეში

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- შარდის საერთო ანალიზი;
- გულმკერდის რენტგენოლოგიური კვლევა;

- პირის ღრუსა და ნახველის ნაცხის ანალიზი მეორად ფლორაზე და ანტიბიოტიკოგრაფია (ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებში ან ბინაზე სპეციალისტის გადაწყვეტილების საფუძველზე)
- ნახველის ანალიზი მგბ-ზე და ციტოლოგია (ჩვენების მიხედვით);
- ეკგ (ჩვენების მიხედვით);
- ულტრაბგერითი კვლევა (ჩვენების მიხედვით);

სპეციალისტთა კონსულტაცია (ჩვენების მიხედვით):

- ყელ-ყურ-ცხვირის სპეციალისტი;
- კარდიოლოგი;
- ქირურგი;
- ფთიზიატრი.

5. მკურნალობა

ა) I ალტერნატივა (გაურთულებელი შემთხვევა)

ანტიბიოტიკოტერაპია:

- პენიცილინის ჯგუფი, შესაძლებელია, კლავულანის მჟავასთან კომბინაციაში;
- მაკროლიდები და I თაობის ცეფალოსპორინები;
- სიმპტომური საშუალებები (ტემპერატურის დამწვევი, ამოსახველებელი, საგულე საშუალებები და ა.შ.)

ბ) II ალტერნატივა (გართულებელი შემთხვევა, თუ ჰოსპიტალიზაცია შეუძლებელია)

ანტიბიოტიკოტერაპია:

პენიცილინის ჯგუფი, შესაძლებელია, კლავულანის მჟავასთან კომბინაციაში; III თაობის ცეფალოსპორინები; რესპირაციული ფტორქინოლონები; ამინოგლიკოზიდები; კარბაპენემი. შესაძლებელია კომბინირებული ანტიბიოტიკოტერაპია 2 და 3 პრეპარატის გამოყენებით:

- პენიცილინი+ამინოგლიკოზიდი;
- I თაობის ცეფალოსპორინი+ამინოგლიკოზიდი;
- III თაობის ცეფალოსპორინი+კლინდამიცინი;
- ცეფალოსპორინი+ამინოგლიკოზიდი+კლინდამიცინი

ზემოთ აღნიშნულ მკურნალობაში შესაძლებელია ჩაერთოს სიმპტომური საშუალებები.

მონიტორინგი

მწვავე პნევმონიის შემთხვევაში პაციენტის მდგომარეობის საფუზვლიანი შეფასების საფუზველზე პჯდ ექიმმა უნდა განსაზღვროს:

1. რამდენად იძლევა ავადმყოფის ფიზიკური მდგომარეობა მკურნალობის ბინაზე ჩატარების საშუალებას;

2. შესაძლებელია თუ არა ბინის პირობებში პაციენტის მკურნალობა:

- ჰყავს თუ არა პაციენტს მომვლელი;
 - პაციენტის ფუნქციური (ფსიქიკური და ფიზიკური) მდგომარეობა გვაძლევს თუ არა საშუალებას ვივარაუდოთ, რომ იგი თავად აიღებს პასუხისმგებლობას დანიშნული მკურნალობის რეჟიმის ზუსტად შესრულებაზე.
3. პაციენტის დამოკიდებულება საკუთარი დაავადებისა და ჰოსპიტალიზაციის მომენტის მიმართ;
4. რამდენად აცნობიერებენ პაციენტი და მისი ოჯახის წევრები მდგომარეობის სერიოზულობას და მზად არიან თუ არა თანამშრომლობისთვის პაციენტის მკურნალობის ბინაზე გაგრძელების შემთხვევაში;
5. პაციენტები და მისი ოჯახის წევრები ინფორმირებულნი უნდა იყვნენ:
- მედიკამენტური რეჟიმის ზუსტად დაცვის აუცილებლობის;
 - მოსალოდნელი გართულებებისა და ამ შემთხვევაში სათანადო რეაგირების;
 - პაციენტის მოვლისა და კვების ზოგადი პრინციპების შესახებ.
6. მკურნალობის პარენტერალური რეჟიმის შერჩევასაც მკაცრად უნდა განისაზღვროს, თუ ვინ აიღებს პასუხისმგებლობას კუნთშია ან ვენური ინექციების წარმოებაზე: უბნის ექთანი, თუ პაციენტის მომვლელი. აუცილებელია იმის უზრუნველყოფა, რომ პარენტერალური რეჟიმი სათანადოდ კვალიფიკაციის მქონე პიროვნებამ შეასრულოს.

მდგომარეობის გაუმჯობესების ყველაზე საიმედო ორიენტირებია:

- დადებითი კლინიკური დინამიკა;
- რენტგენოლოგიური სურათის ნორმალიზაცია;
- ლაბორატორიული მონაცემების (სისხლი, სარდი, ნახველი) ნორმალიზაცია;

ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებები:

- ასაკი 70 წელზე მეტი;
- ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება;
- გულის შეგუბებითი უკმარისობა;
- თანარსებული ქრონიკული პათოლოგია (ნეფრიტი, ჰეპატიტი, დიაბეტი, ალკოჰოლიზმი);
- მკურნალობის უეფექტობა 72 საათის შემდეგ;
- ლეიკოპენია ($4 \cdot 10^9$ ნაკლები) ან ლეიკოციტოზი ($20 \cdot 10^9$ მეტი).

6. ბაილანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი

– “მწვავე პნევმონია მოზრდილებში”.

7. აღამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

აღამიანური რესურსი: ოჯახის ექიმი, თერაპევტი, უბნის ექთანი.

მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი: ფონედოსკოპი, ენის სუპრესორი (შპადელი), გამანათებელი მოწყობილობა ხახის დასათვალიერებლად.

პნევმონიის მართვის ალგორითმი

