

УДК 616.24-002-06:[616.127-005.8-052+616.831-005-052]

*Шевкетова Л. Ш., Юлдашев З. Н.,*

*Ходжалиев Б. Г., Турсунов Э.И.*

*Андижанский филиал Республиканского научного центра скорой  
медицинской помощи*

## **ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ СОСУДИСТЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

**Резюме;** Термин " нарушение мозгового кровообращения (НМК) " относится к комплексу неврологических симптомов различной степени тяжести, связанных с заболеваниями и повреждениями сосудов головного мозга.

Термин не является специфическим и включает несколько нозологий, в которых преобладают ишемические синдромы атероматозного или эмболического характера, а также субарахноидальное или внутримозговое кровоизлияние.

В этой статье описаны методы коррекции острых сосудистых патологий у пациентов с внебольничной пневмонией из анамнеза.

**Ключевые слова:** больничная внешняя пневмония, неотложная помощь, сосудистая патология.

*Shevketova L. Sh., Yuldashev Z. N.,*

*Khojaliev B. G., Tursunov E. I.*

*Andijan branch of the Republican Scientific Center of Emergency  
Medical Care*

## **FEATURES OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN PATIENTS WITH ACUTE VASCULAR DISORDERS**

**Resume:** The term "violation of cerebral circulation (NMC) " refers to a complex of neurological symptoms of varying severity associated with diseases and damage to the vessels of the brain.

The term is not specific and includes several nosologies in which ischemic syndromes of an atheromatous or embolic nature prevail, as well as subarachnoid or intracerebral hemorrhage.

This article describes the methods of correction of acute vascular pathologies in patients with community-acquired pneumonia from anamnesis.

**Keywords:** hospital external pneumonia, emergency care, vascular pathology.

**Актуальность.** Внебольничная пневмония (ВП) – рутинная междисциплинарная проблема, с которой, в первую очередь сталкиваются врачи анестезиологи-реаниматологи, инфекционисты, пульмонологи, кардиологи, фармакологи, учитывая высокую заболеваемость и смертность пациентов [11]. В нашей стране заболеваемость ВП в 2019 г. в среднем составила 410 на 100 тыс. взрослого населения. От 2% до 24% госпитализированных пациентов с ВП нуждаются в интенсивном лечении в условиях отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) вследствие генерализации системной воспалительной реакции и развития системы множественных острых дисфункций (СМОД) [4,7,9]. Среди пациентов с тяжелой ВП (ТВП) потребность в проведении искусственной вентиляции легких составляет от 25% до 67%, кроме того, в среднем 12% пациентов нуждаются в заместительной почечной терапии, а 47% – в гемодинамической коррекции нарушений системы кровообращения [2,5,6,8]. Летальность у госпитализированных в ОРИТ пациентов с ТВП составляет 17–56% [5,6]. Ведущими причинами танатогенеза пациентов с ТВП являются острая воспалительная эндотоксемия (ОВЭ), рефрактерная сочетанная гипоксия, генерализованный кризис микроциркуляции, как следствие – СМОД [10].

Таким образом, ключевой проблемой критического состояния пациентов представляется гипоперфузия тканей. В условиях ВП

гипоперфузия наряду с сочетанной гипоксией нарушает доставку и потребление кислорода тканями; возникающие нарушения вентиляционно-перфузионных и перфузионно-метаболических отношений приводят к развитию СМОД [11]. Предвидение дисфункции системы кровообращения вместе с протезированием функции внешнего дыхания и комплексом интенсивного лечения пациентов с ВП является актуальной задачей современной анестезиологии и реаниматологии, поскольку для коррекции нарушений гемодинамики у данных пациентов требуется инвазивное исследование показателей центральной гемодинамики, трудновыполнимое в стационарах с ограниченной материальной базой [3].

**Цель исследования.** оценить предикторы развития пневмонии у пациентов с острым инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения.

**Материалы и методы исследования.** Мы отобрали в общей сложности 70 пациентов с вентилятор ассоциированной пневмонией, у которых впоследствии была выявлена недостаточность мозгового кровообращения, для выполнения задачи.

**Результаты исследования.** В исследование было включено 140 пациентов, из них 84 (60,0%) с ОНМК по ишемическому типу, 33 (23,6%) с ОНМК по геморрагическому типу и 23 (16,4%) с острым инфарктом миокарда.

Изучена связь развития пневмонии с возрастом пациентов, полом, длительностью госпитализации, использованием ИВЛ, катетеризацией центральных вен, наличием СД и ХОБЛ. Средний возраст пациентов с пневмонией составил 77 $\pm$ 9 лет, а без пневмонии 75 $\pm$ 12 лет.

Средняя длительность госпитализации умерших пациентов с пневмонией, по медиане была 13 (7,25; 25) суток, а без пневмонии 3 (1; 10,25) суток. Пневмония развилась у 39 (72,2%) мужчин и 57 (66,3%) женщин.

ХОБЛ был диагностирован у 98 (70%) пациентов. Сахарный диабет 2-го типа был у 19 (13,6%) пациентов. Катетеризация ЦВ выполнялась у 108 (77,1%) пациента. У 83 (59,3%) пациентов за время стационарного лечения использовалась ИВЛ.

**Вывод.** Оценку эффективности лечения пациентов с ВАЛ и ОНМК необходимо проводить не только с учетом объема повреждения мозга, но и факторов риска неблагоприятного исхода (нарастание проявлений органной недостаточности оцененной по шкале SOFA более 6 баллов при развитии ВАЛ; отсутствие уменьшений проявлений органной дисфункции на 3-й сутки от момента развития ВАЛ; повышение уровня натрия до верхних границ нормы на 7-е сутки от момента развития ВАЛ; тяжесть повреждения по шкале LIS более 0,6 баллов при развитии ВАЛ; необходимость смены АБТ в более 50 % случаев).

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Авдеев С.Н., Белобородов В.Б., Белоцерковский Б.З., Галстян Г.М. и др. Нозокомиальная пневмония у взрослых. Российские национальные рекомендации. М.: Ярославский печатный двор, 2009; 90 с.

2. Малявин А.Г., Одинцова Д.В.. Роль пневмонии в танатогенезе у больных с инфарктом миокарда и инсультом. Научно-практический медицинский рецензируемый журнал "Доктор Ру". Терапия. Заболевания органов дыхания. Клиническая медицина сна. 2015; 3(104)-4(105): 17-21.

3. Aslanyan S., Weir C.J., Diener H.-C., Kaste M., Lees K.R. Pneumonia and urinary tract infection after acute ischaemic stroke: a tertiary analysis of the GAIN international trial. Eur J Neurol. 2004;11: 49-53.

4. Garrouste-Orgeas M., Chevret S., Arlet G. et al. Oropharyngeal or gastric colonization and nosocomial pneumonia in adult intensive care unit patients. A prospective study based on genomic DNA analysis. Am.J. Respir. Crit. Care Med. 1997; 156(5): 1647-1655.

5. Lloyd-Jones D., Adams R., Carnethon M. et al: Heart disease and stroke statistics — 2009 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2009, 119(3): e21-181.
6. Martino R., Foley N., Bhogal S. et al. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*. 2005; 36: 2756-2763.
7. Nash M.C., Strom J.A., Pathak E.B. Prevalence of major infections and adverse outcomes among hospitalized ST-elevation myocardial infarction patients in Florida, 2006. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2011; 11: 69.
8. Sellars C., Bowie L., Bagg J. et al. Risk factors for chest infection in acute stroke: A prospective cohort study. *Stroke*. 2007; 38(8): 2284-2291.
9. Tablan O.C., Anderson L.J., Arden N.H. et al. Guidelines for prevention of nosocomial pneumonia: the Hospital Infection Control Practices Advisory Committee, Centers for Disease Control and Prevention. *Infect. Control. Hosp. Epidemiol*. 1994; 15: 587-627.
10. Vincent J.L., Bihari D.J., Suter P.M. et al. The prevalence of nosocomial infection in intensive care units in Europe. Results of the European Prevalence of Infection in Intensive Care (EPIC) Study. EPIC International Advisory Committee. *JAMA*. 1995; 274(8): 639-644.