

Внутрибольничная пневмония – это легочная инфекция, развившаяся спустя двое и более суток после поступления больного в стационар, при отсутствии признаков заболевания на момент госпитализации. Проявления внутрибольничной пневмонии аналогичны таковым при других формах воспаления легких: лихорадка, кашель с мокротой, тахипноэ, лейкоцитоз, инфильтративные изменения в легких и т. п., однако могут быть слабо выраженными, стертыми. Диагноз основывается на клинических, физикальных, рентгенологических и лабораторных критериях. Лечение внутрибольничной пневмонии включает адекватную антибиотикотерапию, санацию дыхательных путей (лаваж, ингаляции, физиометоды), инфузионную терапию.

Клиническими исходами внутрибольничной пневмонии могут быть разрешение, улучшение, неэффективность терапии, рецидив и летальный исход. Внутрибольничная пневмония является главной причиной смертности в структуре внутрибольничных инфекций. Это объясняется сложностью ее своевременной диагностики, особенно у пожилых, ослабленных больных, пациентов, пребывающих в коматозном состоянии.

Виды госпитальных пневмоний

Различают следующие виды внутрибольничных пневмоний:

- послеоперационная пневмония – является одним из наиболее тяжёлых осложнений операций;
- аспирационная пневмония – развивается при попадании желудочного содержимого в дыхательные пути;
- гипостатическая пневмония – наблюдается у пациентов, которые длительно находятся в горизонтальном положении;
- инфаркт-пневмония – возникает вследствие попадания в малый круг кровообращения тромбов, воздуха или жира;
- токсико-септическая пневмония – развивается на фоне гнойно-септических заболеваний;
- вентилятор-ассоциированную пневмонию выявляют у пациентов, которые длительно находятся на искусственной вентиляции лёгких.

Профилактические меры относительно развития нозокомиальной пневмонии следующие:

- предупреждение развития у человека хронических очагов инфекции, а если они уже есть, то своевременная их санация;
- соблюдение санитарно-гигиенических мер, правил асептики и антисептики в больнице;
- максимально возможная ранняя активизация больных после оперативных вмешательств или по истечении острого периода других заболеваний;
- в случае длительного постельного режима – дыхательная гимнастика (нередко пациентам рекомендуют надувать воздушные шары);

- регулярный адекватный туалет рото-, носоглотки тяжелых больных, стимуляция откашливания мокроты;
- приподнятый головной конец постели лежачего пациента.