Пневмония

Профессор Сытый В.П.

Определение. Пневмония – это острое инфекционное заболевание, преимущественно бактериальной этиологии с поражением респираторных отделов легких и наличием внутриальвеолярной экссудации. В определении, однозначно сказано, что это острое инфекционное заболевание, поэтому при оформлении диагноза понятие «острая» не используется.

Классификация. Этиологическая (по виду возбудителя) классификация представлена в Международной классификации болезней 10 пересмотра в рубрике J13-J18. Однако у 50-70% больных этиологический диагноз установить невозможно, а стартовая антибактериальная пневмония – всегда эмпирическая. Поэтому для практического здравоохранения предложена рабочая классификация, учитывающая условия возникновения, особенности инфицирования легочной ткани и состияние иммунитета.

1. Внебольничная пневмония (внегоспитальная, амбулаторная, домашняя).
2. Внутрибольничная (внутригоспитальная, нозокомиальная) пневмония.
3. Аспирационная пневмония чаще возникает у больных с нарушением сознания и рвотой.
4. Пневмония у пациентов с иммунодифицитом (врожденным, ятрогенным, СПИДом).

Распространенность. Заболеваемость людей молодого возраста составляет ≈ 1 на 10000. Летальность среди пациентов молодого возраста в экономически развитых странах до 0,3%, среди пожилых достигает 40%.

Пути заражения и развития заболевания.

1. Аспирация содержимого ротоглотки (основной путь инфицирования).

Б. Вдыхание аэрозоля, содержащего патогенные микроорганизмы.

1. Гематогенная диссеминация микроорганизмов из внелегочного очага инфекции (бактериальный эндокардит, перитонит и др.)

Г. Непосредственное распространение инфекции из соседних органов (абсцесс печени, медиастинит и др.)

Факторы, способствующие заболеванию:

* перенесенная вирусная инфекция;
* переохлаждение;
* стресс;
* интоксикация.

Этиология внебольничных пневмоний. Наиболее частый возбудитель внебольничных пневмоний – пневмококки (грамположительные). У пожилых пациентов – гемофильная палочка (грамотрицательная), у молодых – микоплазма и хламидия (внутриклеточные), редко – легионелла. Знание основных возбудителей внебольничной пневмонии дает возможность выбрать стартовый антибиотик, к которому чувствительны указанные микроорганизмы.

Этиология внутрибольничных пневмоний – это преимущественно грамотрицательная микрофлора (кишечная палочка, протей, клебсиелла и др.) и стафилококки (грамположительные). При этом следует иметь ввиду, что в различных отделениях стационаров – различная микрофлора. Например, в урологических чаще обнаруживается протей, в хирургических – золотистый стафилококк, кишечная и синегнойная палочка.

Этиология аспирационной пневмонии – анаэробы и грамотрицательные аэробы.

Этиология пневмоний у лиц с иммунодефицитом – цитомегаловирусы, пневмоциты, патогенные грибы, микобактерии туберкулеза.

 Таким образом, рабочая классификация пневмоний позволяет не только врачу, но и фельдшеру определить вероятного возбудителя и выбрать эффективный стартовый антибиотик.

 Клиническая картина пневмоний – основные синдромы: интоксикация, поражение легких, общие воспалительные изменения крови.

 Интоксикация проявляется повышением температуры тела, ознобом, головной болью, слабостью. Эти симптомы неспецифичны, но по их выраженности можно предположить, что островозникшее заболевание может быть пневмонией, а не банальной респираторной инфекцией.

 Поражение легких может быть только в пределах сегмента (сегментарная, очаговая, бронхопневмония) или доли (долевая, плевропневмония (ранее применявшийся термин – крупозная пневмония не используется) или всего легкого (тотальная пневмония). При обследовании пациента с острым заболеванием следует тщательно выяснить жалобы. В первую очередь уточнить наличие и характерные особенности кашля (характер мокроты) и одышки (тип и степень выраженности).

 Перкуссия не всегда позволяет выявить локализацию очага поражения легочной ткани, особенно при сегментарных (очаговых) пневмониях, но проводить ее следует всегда и обязательно начинать со сравнительной перкуссии.

 Аускультация позволяет определить тип нарушения дыхания (жесткое, бронхиальное) и выслушать сухие и влажные хрипы, шум трения плевры. При сегментарных пневмониях далеко не всегда можно выслушать хрипы в легких, а когда выслушиваются, необходимо отдифференцировать хрипы воспалительного генеза от «застойных», «пневмосклеротических» и «бронхоэктатических». Описаны аускультативные особенности этих хрипов, но более правильно основную роль в определении генеза хрипов необходимо отводить анализу общей клинической картины и анамнезу.

 Решающее значение в диагностике пневмонии имеет рентгенологическое исследование. На рентгенограмме можно уверенно распознать затемнение, просветление, выпот.

 Общие воспалительные изменения крови могут проявляться различными отклонениями от нормальных показателей, но наибольшее значение имеет увеличение количества лейкоцитов в периферической крови. Критерии тяжелого течения пневмоний (риск летального исхода)

1. Возраст старше 65 лет.
2. Частота дыхания 30 и более в минуту.
3. Снижение САД ниже 90 мм. рт. ст. и ДАД ниже 60 мм. рт. ст.
4. Количество лейкоцитов в периферической крови 30 х 109/л и более.
5. Лейкопения при рентгенологически доказанной пневмонии.
6. Наличие внелегочной инфекции.

Всех больных с подозрением на наличие пневмонии должен осматривать врач. И только врач определяет кто из пациентов может лечиться дома. При средне- и тяжелом состоянии пациенты должны быть направлены в стационар (терапевтическое или пульмонологическое отделение).

 Критерий обязательной госпитализации пациентов с пневмонией:

* неуверенность в диагнозе;
* возраст пациента старше 60 лет;
* тахипное (частота дыхания > 30 в мин.);
* снижение АД;
* высокий лейкоцитоз или лейкопения в периферической крови;
* отсутствие эффекта от стартового антибиотика через 72 часа от начала лечения;
* невозможности лечения на дому.

Лечение внебольничных пневмоний. Основной принцип лечения –ранняя этиотропная терапия достигается немедленным ( в течение 4 часов) назначением антибиотика. Выбор осуществляется эмпирически с учетом эпидемиологической ситуации и лекарственного анамнеза, т.е. нужно иметь информацию о том какие микроорганизмы в данном регионе вызывают пневмонию и как пациент реагировал ранее на антибиотики, которыми его собираются лечить.

Для стартовой антибиотикотерапии рекомендуются следующие препараты:

* азитромицин – капсулы по 250 мг (назначают по 500 мг 1 раз в день за 1 час до еды или через 2 часа после еды в течение 3 – 5 дней);
* или кларитромицмн в таблетках по 250 и 500 мг (назначают по 500 мг 2 раза в сутки в течении 6-7 дней);
* или амоксицилин + клавулоновая кислота (амоксиклав) – таблетки 250+125 мг и 500+125 мг (назначают по 250-500 мг по амоксициллину 3 раза в день в течение 7 дней);
* меропенем по 0,5-1,0 внутривенно через каждые 8 часов;
* моксифлоксацин – таблетки по 400 мг (назначают 1 раз в сутки в течение 5-10 дней) и раствор для внутривенной инфузии во флаконах по 250 мл.

При лечении пневмонии назначают следующие отхаркивающие вещества: мукалтин по1-2 таблетки перед едой 3 раза в день в течение 7-14 дней; Колдрекс Бронхо по 100-400 мг через 4 часа внутрь; бромгексин в таблетках по 8-16 мг 3 раза в день внутрь и в ингаляциях по 8 мг в разведении 1:1 дистиллированной водой.

Как указывалось выше, оценка эффективности лечения производится через 72 часа. Критерии эффективности антибиотика: снижение температуры тела ниже 37,50 С, отсутствие признаков интоксикации, урежение числа дыханий до 20 в минуту, отсутствие гнойной мокроты, отсутствие отрицательной динамики на рентгенограмме. Если нет ухудшения или наступило улучшение, то стартовую терапию продолжают. Если наступило ухудшение, то больного обязательно направляют в стационар и назначают другой антибиотик из другой группы. Антибактериальную терапию прекращают при нормализации температуры тела, исчезновении или значительном уменьшении количества хрипов, уменьшении количества лейкоцитов в периферической крови до нормы, исчезновении инфильтративных изменений в легких при контрольном рентгенологическом обследовании.