




Кафедра ВОП



Клинические особенности пневмонии в зависимости от возбудителя

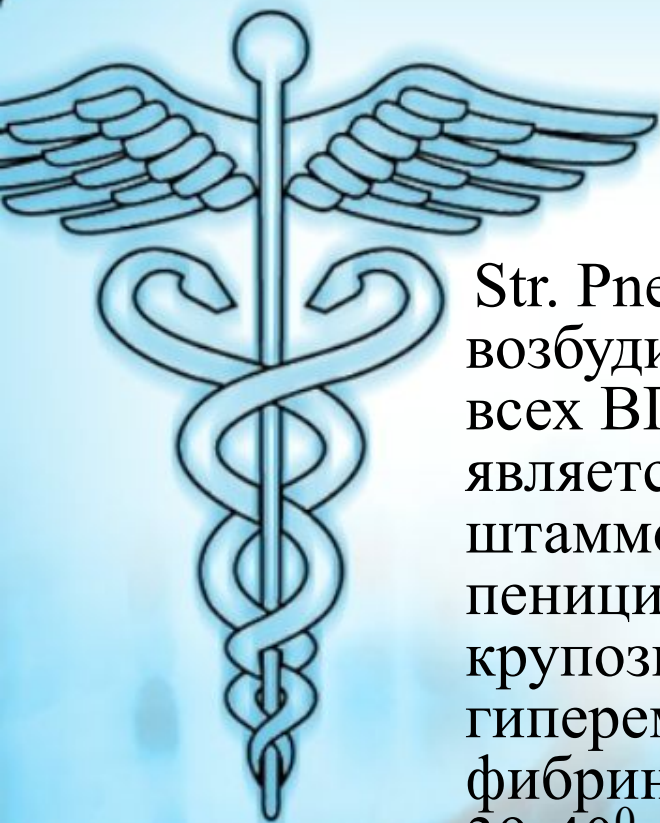
Выполнила: Саркужаева М.Б. ОМ13-006-1

Проверил: Профессор д.м.н. Исаева Б.Г.

Алматы 2017



Пневмококковые пневмонии чаще всего регистрируются весной и осенью и сопровождаются вспышками гриппа или ОРВИ. Заболевание начинается остро с лихорадки, потрясающего озноба, кашля со скудной мокротой и интенсивных плевральных болей. Кашель вначале непродуктивный, затем появляется мокрота «ржавого» или зеленого цвета. Характерны ослабленное дыхание и звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы, возможен шум трения плевры. Инфильтрация рентгенологически и морфологически не имеет сегментарных ограничений.



Str. Pneumonie (пневмококк) – самый частый возбудитель у лиц всех возрастных групп (30-50% всех ВП). Важной проблемой в настоящее время является распространение среди пневмококков штаммов со сниженной чувствительностью к пенициллину. Клинически протекает как крупозная пневмония с фазностью процесса: гиперемия и серозная экссудация, фибринообразование. Острое начало, подъём T^0 до $39-40^0$, боли в груди (поражение плевры), герпетические высыпания, часто кашель с отделением «ржавой» мокроты. R-ки: сегментарная и полисегментарная инфильтрация – возникает на 4-7 день. В лечении используются цефалоспорины 3-4 поколений (кроме цефтазидима), респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин), макролиды.



Стафилококковая пневмония возникает после вирусных инфекций или развивается у больных, длительно находящихся в стационаре. Для стафилококковой пневмонии характерно ее развитие по типу многофокусной пневмонии и осложнение перибронхиальными абсцессами, которые легко дренируются (стафилококковая деструкция). Физикальные данные включают в себя все признаки уплотнения лёгочной ткани.



Стафилококковые пневмонии – возникают у лиц пожилого возраста, наркоманов, злоупотребляющих алкоголем, после гриппа. Протекают тяжело, часто септическое состояние. Склонность к быстрому нагноению, формирование абсцессов. Возможно вовлечение в процесс плевры с образованием гнойного плеврита или пиоторакса. R-ки: многочисленные очаговые и сливные тени полисегментарной локализации, долевыми инфильтрациями с деструкцией. Препараты выбора: амоксициллин/клавуланат, цефалоспорины кроме цефтозидима, фторхинолоны, ванкомицин, линезолид.



Стрептококковая пневмония встречается достаточно редко. Заболевание начинается остро с озноба, сухого кашля, повышения температуры. Кашель вначале сухой, затем присоединяется мокрота слизистого и слизисто-гнойного характера с прожилками крови. Очаги инфильтрации мелкие, локализуются в нижних отделах. Характерны ранние осложнения в виде парапневмонических плевритов и абсцедирования в зоне пневмонического очага.



Пневмония, вызванная клебсиеллой, наиболее часто возникает у мужчин старше 60 лет, страдающих хроническим алкоголизмом, у больных сахарным диабетом, циррозом печени и хроническим бронхитом. Заболевание начинается остро, с тяжелой интоксикацией, устойчивой лихорадкой, болями при дыхании, одышкой. Мокрота желеобразная, гнойная, иногда с запахом пригорелого мяса. Рентгенологически - поражение верхней доли, преимущественно справа. Возможно развитие одиночного абсцесса.



Klebsiella pneumoniae (палочка Фридендера) – грамотрицательная бактерия, чаще всего вызывает пневмонию у лиц со сниженным иммунитетом, страдающих др. тяжёлыми заболеваниями, декомпенсированным сахарным диабетом, у истощённых, алкоголиков, при нейтропении, у грудных детей, стариков. Течение тяжёлое. Острое начало. Выраженная слабость. Кашель болезненный с трудноотделяемой, вязкой мокротой вида смородинового желе. Характерно поражение верхних долей. Склонность к ранней легочной деструкции в течение первых 2-4 суток с образованием мелких полостей. Часто развивается фибринозный или экссудативный плеврит. R-ски: гомогенная инфильтрация всей доли или большей её части.



- **Пневмония, вызванная синегнойной палочкой**, чаще возникает у тяжелых больных (злокачественные опухоли, операции на сердце и лёгких, трахеостома), а также при наличии очагов инфекции в полости рта и придаточных пазухах носа у ослабленных больных. Течение болезни острое, тяжелое, с быстрым распространением инфильтрации, присоединением плеврита и абсцедирования.



- **Пневмония, вызванная гемофильной палочкой**, возникает обычно при хронических обструктивных заболеваниях лёгких, сердечной недостаточности, часто у курильщиков. Клинически распознают как вторую волну лихорадки при гриппе, так как гемофильные палочки являются бактериальной инфекцией при гриппе. Этот вид пневмонии встречается нечасто, в основном у детей.



Гемофильная палочка(Пфейффера) 5-10% – является причиной пневмонии у курильщиков и больных ХОБЛ. Развивается в участках ателектаза, обусловленного обтурацией мелких бронхов мокротой. Характерен гнойный бронхит. Нередко причина вторичной инфекции при гриппе. Препаратами выбора для лечения ВП являются аминопенициллины(амоксициллин внутрь, ампициллин парентерально, амоксициллин/клавуланат, цефалоспорины 2-3 поколения, все фторхинолоны.В настоящее время нарастает резистентность к ампициллину . Необходимо назначение азитромицина, кларитромицина.



Атипичные пневмонии -к ним относятся
микоплазменные, хламидийные,
легионелёзные пневмонии.



- **Микоплазменные пневмонии** - эпидемические подъемы заболеваемости отмечаются в осенне-весенний период каждые 4 года. Заболевают главным образом дети школьного возраста и взрослые в период вспышек микоплазменной инфекции (осень-весна). Заболевание начинается остро или постепенно с катаральных явлений.

Кашель непродуктивный или с отделением небольшого количества слизистой мокроты. Характерны внелёгочные симптомы: миалгии, конъюнктивиты, поражения миокарда, гемолитические анемии. При рентгенологическом исследовании выявляется усиление легочного рисунка, иногда - инфильтративные затенения.



Микоплазменные (внутриклеточный возбудитель), передаётся воздушно-капельным путём, инкубационный период около 3-ёх недель, - чаще у лиц моложе 35 лет, несколько заболеваний в одной семье, коллективе. Постоянный признак – сухой мучительный кашель часто ночью возможно со скудным отделением слизистой вязкой мокроты. Повышение температуры тела до 39, лейкоцитоза нет , отсутствие сдвига влево формулы крови,СОЭ повышена. Течение нетяжёлое ,но длительное. Препаратами выбора являются макролиды и доксициклин.



- **Хламидийная пневмония** составляет до 10% всех внебольничных пневмоний (по данным серологических исследований). Фактором риска является контакт с птицами. Заболевание начинается с респираторного синдрома, сухого кашля, фарингита, недомогания. Развитие пневмонии подострое с появлением ознобов и высокой лихорадки. Кашель быстро становится продуктивным с выделением гнойной мокроты.
- Рентгенологическая картина переменная: выявляется инфильтрация в одной и более долях, нередко инфильтрация носит перибронхиальный характер.



Хламидийная пневмония – хламидии (внутриклеточный микроорганизм) – часто вспышки в организованных коллективах. Характерно острое начало, температура тела до 38-39°, миалгии, артралгии, першение в горле, насморк, часто сухой кашель со скудной мокротой, односторонняя инфильтрация в начале болезни, переходящая далее в двухстороннюю. В 30% увеличение шейных лимфатических узлов. Лейкоцитоз до $20 \cdot 10^9$ /л. Часто бронхоспазм. Рентген-изменения остаются до 12-30 дней. Препаратами выбора являются макролиды, тетрациклины в течение минимум 10-14 дней.



- **Легионеллезная пневмония** составляет в среднем до 5% всех домашних и 2% госпитальных пневмоний. Факторами риска являются: иммунодефицитные состояния, земляные работы, проживание вблизи открытых водоемов, контакт с кондиционерами (легионеллы составляют часть естественных и искусственных водных экосистем и в кондиционерах обитают в конденсируемой влаге). Характерны острое начало, тяжелое течение, относительная брадикардия, внелёгочные поражения (диарея, желтуха, увеличение печени, повышение трансаминаз, мочевого синдром, энцефалопатия). Рентгенологически - долевые затенения в нижних отделах лёгких, возможен плевральный выпот.



Легионелла – грамм-отриц. микроорганизм, обитает в почве и грунтовых водах, в реках, озёрах, ручьях, в сантехнике, душевых, ваннах. Путь заражения : аэрозоли и системы кондиционирования, душевых, часто вспышки в закрытых коллективах. Может быть причиной внегоспитальных и госпитальных пневмоний. Инкубационный период от 2 до 10 дней. Клинически - насморка нет, повышение температуры до 38-40⁰. Характерны непродуктивный кашель и одышка. У 50% больных после 4-7 дня слизистая мокрота часто с кровью. Хрипы у80%, шум трения плевры у 50% - наиболее распространённые легочные симптомы. Поражаются в большинстве случаев нижние доли лёгких. Деструкция бывает редко. На втором месте ж.-к. т. с-мы: диарея на 4-5 день заболевания, длится 5-10 дней. У 30% больных острое поражение печени..В13% случаев развивается острая почечная недостаточность. У 20-50% - нарушения со стороны ЦНС(токсическая энцефалопатия).

В крови: лейкоцитоз до $10-15 \cdot 10^9$ л, сдвиг влево, лимфопения. СОЭ до 60-80 мм/ч. Гипонатриемия,увеличение АсТ,АлТ, ЩФ, билирубина. Лечение-эритромицин, сумамед, макропен, рифампицин, цiproфлоксацин.



Пневмоцистные пневмонии первоначально относили к паразитам, сейчас на основании генетического и биохимического анализов относят к грибам – возбудитель выделяется даже у практически здоровых людей. Заражение происходит аэрогенным путём. Развивается у лиц с выраженной иммунологической недостаточностью, у больных сВИЧ-инфекцией, с гематологическими, злокачественными заболеваниями, у лиц, перенесших трансплантацию. Характерные симптомы: кашель, лихорадка, одышка, признаки недостаточности внешнего дыхания, цианоз. В крови: анемия, лейкопения, тромбоцитопения. СОЭ – 40-50 мм/ч. Лечение: бисептол, пентамидин, примахин, клиндамицин, атоваквин.



• **Вирусные пневмонии** возникают в период вирусных инфекций (эпидемии гриппа А, аденовирусная инфекция). В клинической картине преобладают проявления соответствующей вирусной инфекции. Физикальная и рентгенологическая симптоматика скудная. Наличие вирусных пневмоний признается не всеми.

Предполагается, что вирусы угнетают местный иммунитет легочной системы (Т-клеточный дефицит, снижение фагоцитарной активности иммунокомпетентных клеток и повреждение реснитчатого эпителия слизистой), что способствует возникновению бактериальных пневмоний. Вирусные (или «поствирусные») пневмонии часто остаются нераспознанными даже у больных, у которых отмечаются «затяжное» течение острых респираторных заболеваний, развитие бронхиальной обструкции и воспалительные изменения в крови. Нередко эти изменения расцениваются как остаточные явления перенесенных ОРВИ.



Литература

- «Емханалық терапия» Г.И.Сторожаков И.И.Чукаева А.А.Александров 2014 жыл
- Болезни органов дыхания под ред. Н.Р.Палеева, М., Медицина 1990 .- Т.2, с. 19-95
- Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике МЗ РФ. – Москва 2003.-52с.
- Внебольничные пневмонии: Пособие для врачей.Под общ. ред. А.Г.Чучалина. – Санкт-Петербург,2006. -60 с.
- Л.И.Дворецкий. Внебольничная пневмония: диагностика и антибактериальная терапия//CONSILIUM MEDICUM. – 2006.- Т.8.-№3 – с.1-11