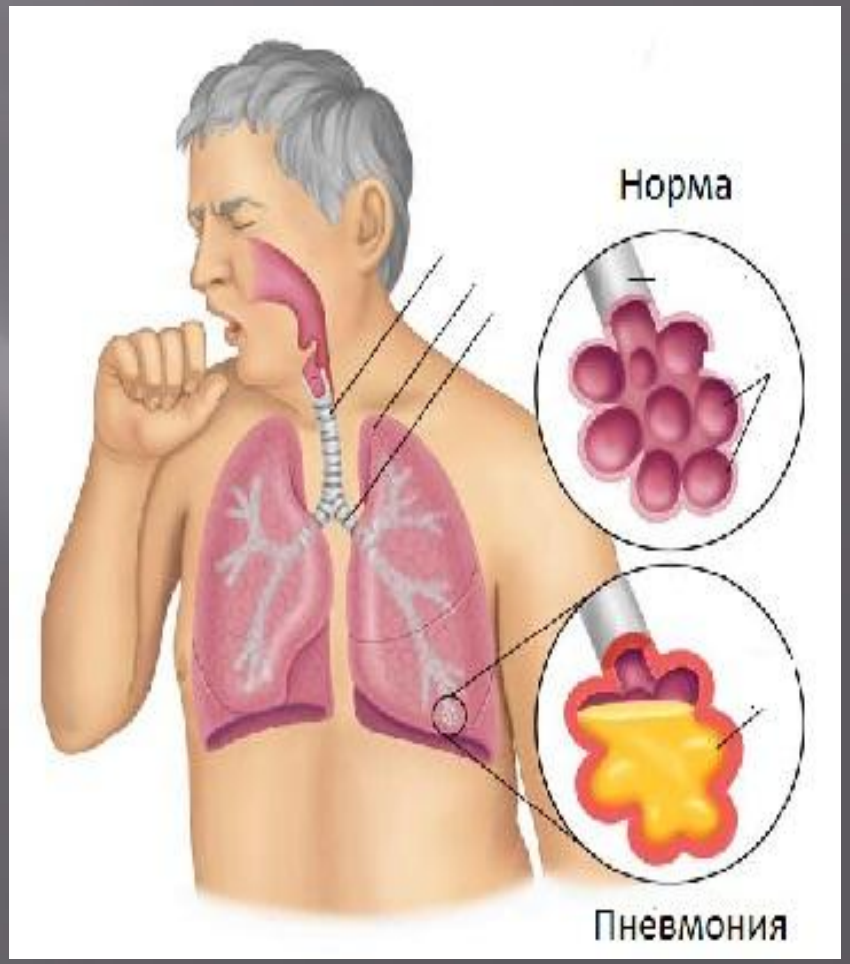
ОСТРАЯ ПНЕВМОНИЯ

Подготовила: студентка 11 группы
4 курса лечебного факультета
Демко М.С.

Острая пневмония

- это острое заболевание, объединяющее группу различных по этиологии, патогенезу и морфологической характеристике воспалительных, чаще инфекционных, процессов в легких с преимущественным поражением их респираторных отделов.



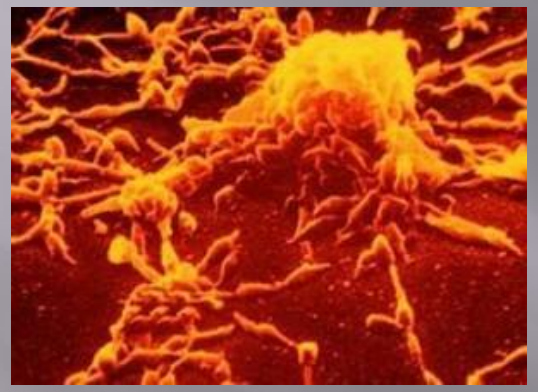
Распространенность

3-15 ЧЕЛОВЕК НА 1000 НАСЕЛЕНИЯ

СМЕРТНОСТЬ
от внебольничных пневмоний – 5%;
от нозокомиальных пневмоний – 20%;
у пожилых – 30%

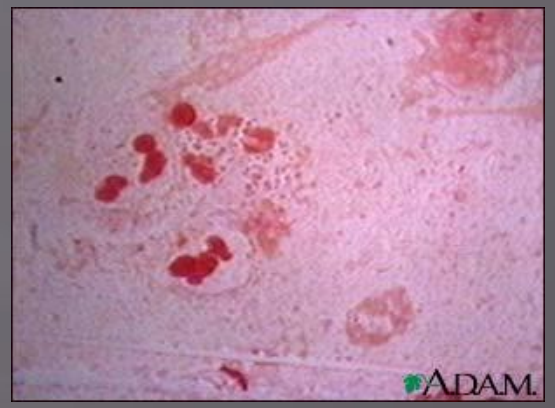
ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ
20%
ДИАГНОЗ ПНЕВМОНИИ В ПЕРВЫЕ 3 ДНЯ СТАВИТСЯ У 35% ЗАБОЛЕВШИХ

Этиология

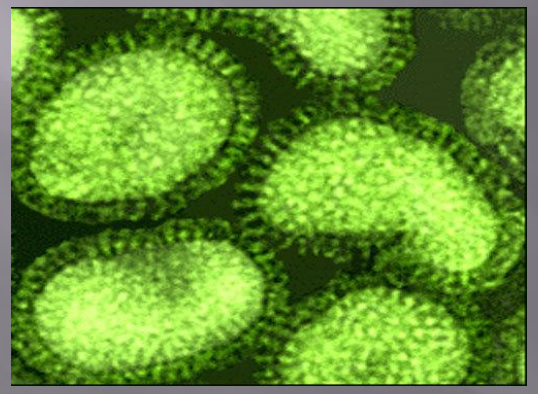


Mycoplasma pneumoniae

Streptococcus pneumoniae

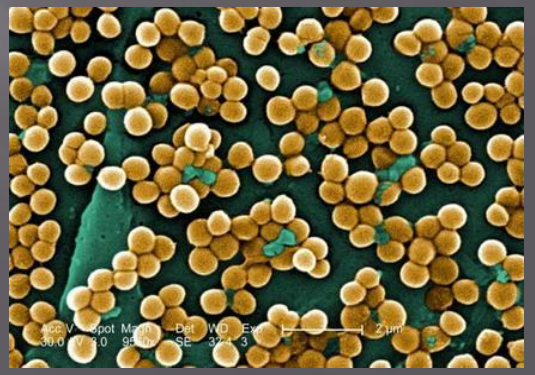


Haemophilus influenza



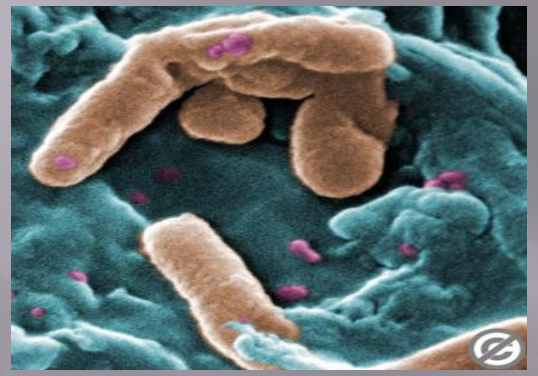
Chlamydia pneumoniae

Legionella pneumoniae

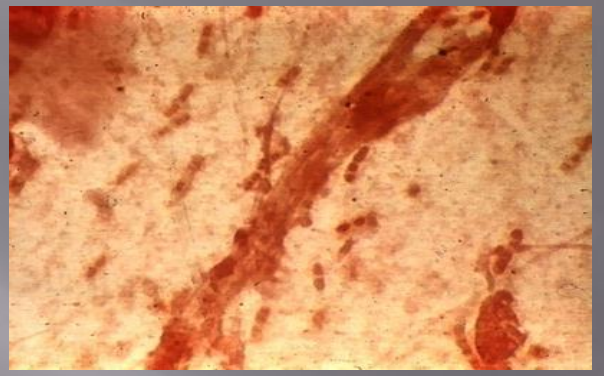


Staphilococcus aureus

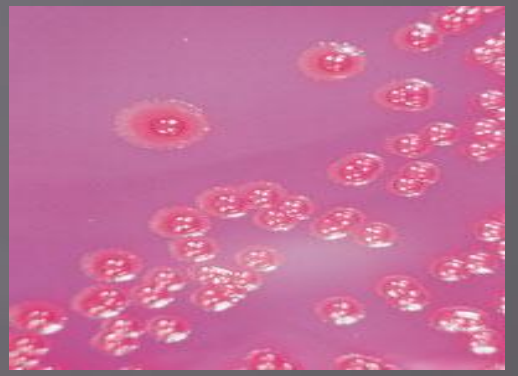
Этиология



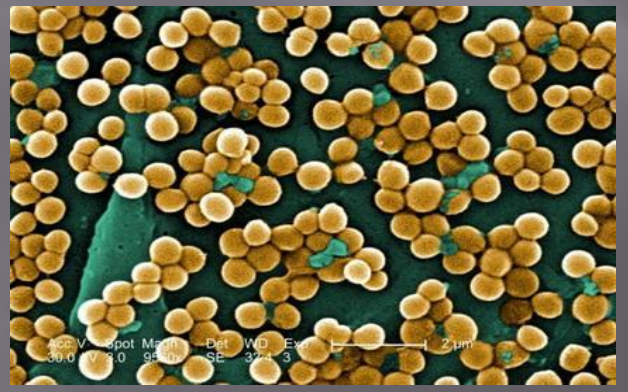
Pseudomonas aeruginosa



Klebsiella pneumoniae



Enterobacter spp.



Staphilococcus aureus

КЛАССИФИКАЦИЯ (О.В.Коровина, 1978 год).

По этиологии:

- бактериальная (с указанием возбудителя);
- вирусная (с указанием возбудителя);
- микоплазменная и риккетсиозная (с указанием возбудителя);
- аллергическая;
- обусловленная физическими и химическими факторами;
- смешанная;
- неуточненной этиологии.

По патогенезу:

- Первичная;
- Вторичная.

По клинико-морфологическим признакам:

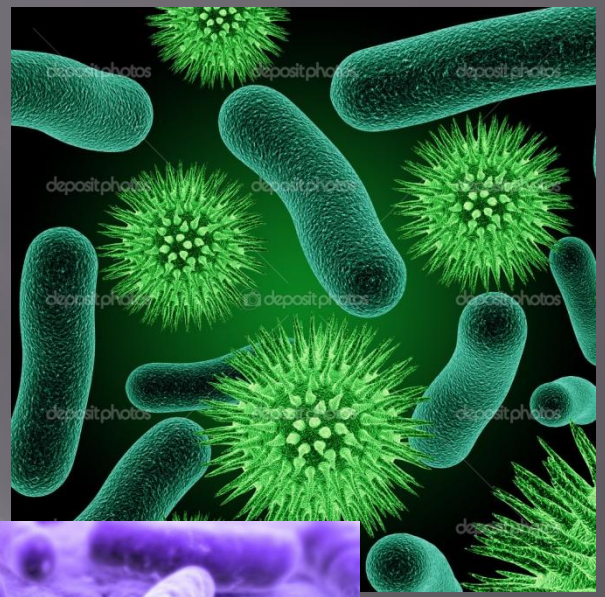
- Крупозная;
- Очаговая;
- Интерстициальная.

Внебольничная пневмония

- Streptococcus pneumoniae (30-90%);
- Mycoplasma pneumoniae (до 30% до 45 лет и до 9% старше 45 лет);
- Haemophilus influenza (5-18%);
- Chlamydia pneumoniae (2-8%);
- Legionella pneumoniae (2-10%);
- Staphilococcus aureus (менее 5%);
- Грамотрицательные микроорганизмы (редко);
- Вирус гриппа (в период эпидемии);
- 20-30% этиология пневмонии не устанавливается

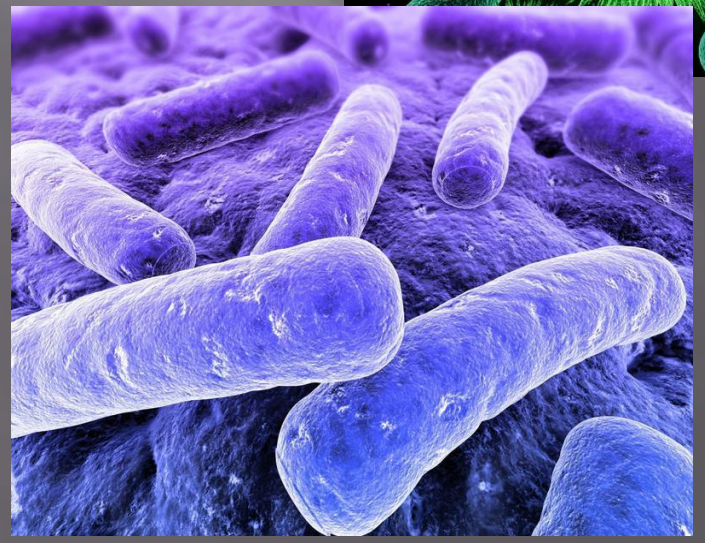
Внутрибольничная пневмония

Развивается через 48 и более часов после поступления больного в стационар.



Грамотрицательные аэробные микроорганизмы, особенно:

- **Pseudomonas aeruginosa;**
- **Klebsiella pneumoniae;**
- **Enterobacter spp.**

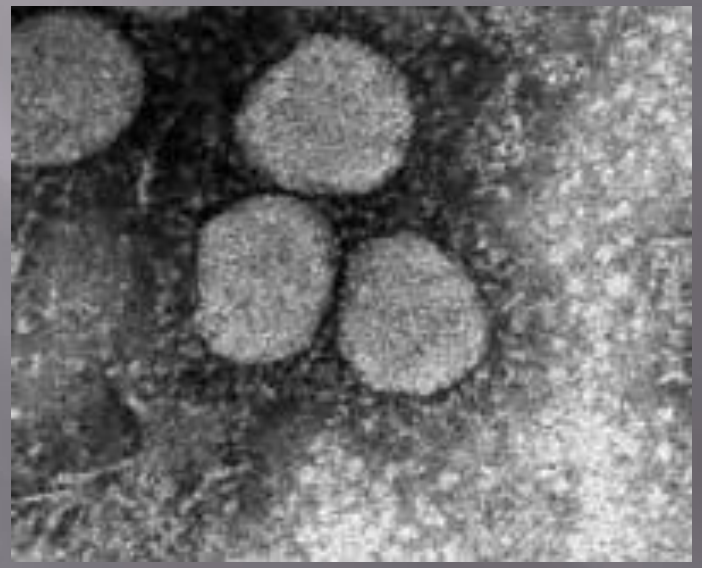


Грамположительные:

- **Staphilococcus aureus .**

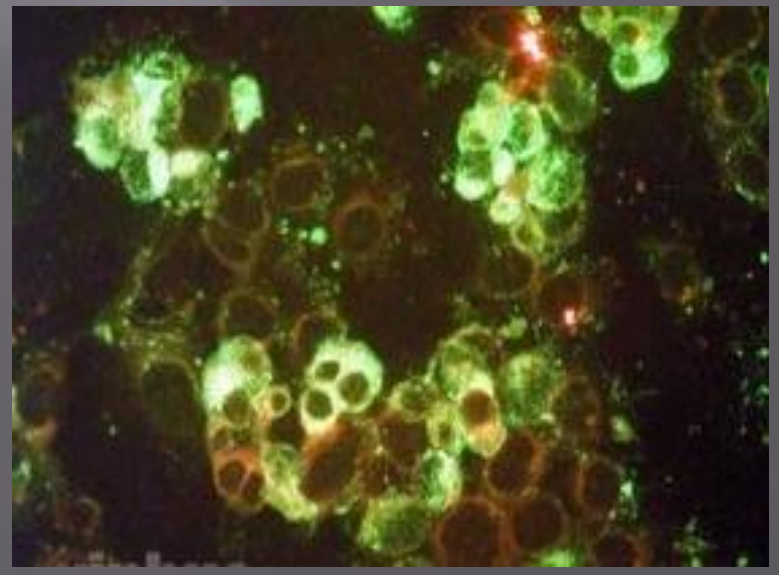
ПНЕВМОНИЯ У ЛИЦ С ИММУНОДЕФИЦИТОМ

- Цитомегаловирус;
- Патогенные грибы.



ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ПНЕВМОНИИ

- Pneumocystis carinii;
- Mycobacterium tuberculosis;
- Streptococcus pneumoniae;
- Haemophilus influenze.



Клиническая картина

ОБЩИЕ СИМПТОМЫ (ВНЕЛЕГОЧНЫЕ):

слабость, вялость, адинамия, снижение аппетита, лихорадка, ознобы, потливость, головная боль, симптомы поражения органов и систем при инфекционно-токсических проявлениях.

МЕСТНЫЕ СИМПТОМЫ (ЛЕГОЧНЫЕ):

кашель, наличие мокроты, ее характер (слизистая, гнойная, слизисто-гнойная, ржавая, кровохарканье), боль в грудной клетке, ее связь с дыханием, одышка.

Клиническая картина

ОСМОТР:

- вынужденное положение тела,
- бледность кожных покровов,
- румянец на стороне поражения легких,
- герпес,
- отставание пораженной стороны грудной клетки при дыхании

Клиническая картина долевой пневмонии

ПАЛЬПАЦИЯ:

- усиление голосового дрожания,

ПЕРКУССИЯ:

- притупление перкуторного звука (в I и III стадии),
- тупой (бедренный) перкуторный звук (во II стадию),

АУСКУЛЬТАЦИЯ:

- бронховезикулярное (жесткое) дыхание (в I и III стадии),
- бронхиальное дыхание (во II стадию),
- крепитация (в I и III стадии),
- шум трения плевры (во II стадию),
- усиление бронхофонии

Клиническая картина очаговой пневмонии

ПАЛЬПАЦИЯ:

- усиление голосового дрожания

ПЕРКУССИЯ:

- притупление перкуторного звука

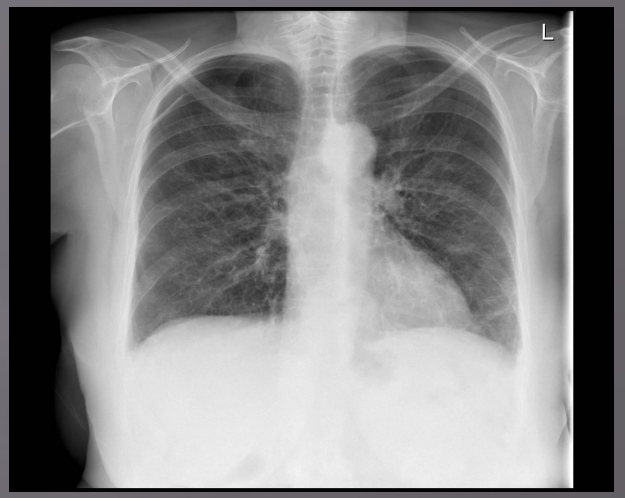
АУСКУЛЬТАЦИЯ:

- бронховезикулярное (жесткое) дыхание,
- звонкие мелкопузырчатые хрипы
- усиление бронхофонии

Инструментальные методы диагностики

РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ в 2-х проекциях (назначается и при неполном наборе клинических симптомов)

Очаговая пневмония (бронхопневмония)



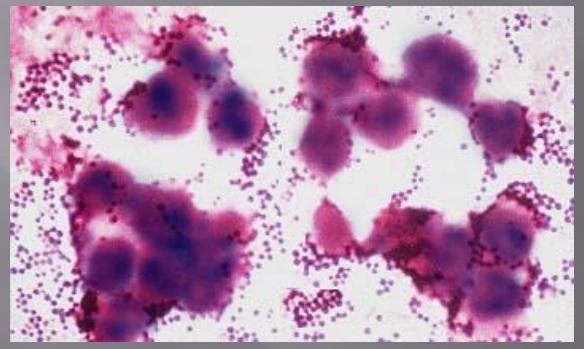
Интерстициальная пневмония

Крупозная (долевая) пневмония

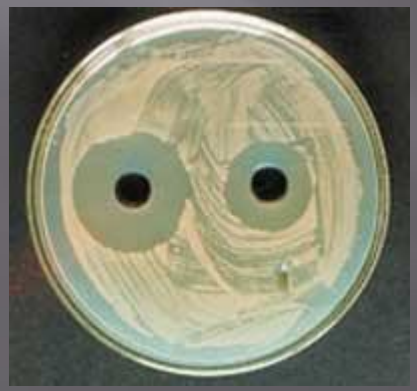
Инструментальные методы диагностики

- КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ
- МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

1. окраска по Граму;
2. посев мокроты для выделения возбудителя и определения его чувствительности к антибиотикам



Staphylococcus aureus в гное.
Окраска по Граму.



Культура, чувствительная (слева) и малочувствительная (справа) к антибиотику.

ЗАБОЛЕВАНИЯ И СИНДРОМЫ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ПНЕВМОНИИ

- Рак легкого
- Инфаркт легкого
- Ателектаз
- Ушиб легкого
- Туберкулез легких
- ОРВИ
- Бронхит
- «Непневмонический» плевральный выпот
- Пневмониты (лекарственные, токсические, радиационные, при системных васкулитах)
- Инфекционные заболевания (тиф)

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОБЪЕКТИВНЫЕ КРИТЕРИИ, ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИЙ

- **Рентгенотомография, компьютерная томография** (при поражении верхних долей, лимфатических узлов, средостения, уменьшения объема доли, подозрении на абсцедирование, при неэффективности адекватной антибактериальной терапии).

- **Микробиологическое исследование** мокроты, плевральной жидкости, мочи, крови, включая и микологическое исследование при продолжающемся лихорадочном состоянии, подозрении на сепсис, туберкулез, суперинфекцию, СПИД.

- **Серологическое исследование** (определение антител к грибам, микоплазме, хламидии, легионелле, цитомегало-вирусу) при нетипичном течении пневмонии в группе риска у алкоголиков, наркоманов, при иммунодефиците (включая СПИД), у людей преклонного возраста.

Тактика лечения острой пневмонии

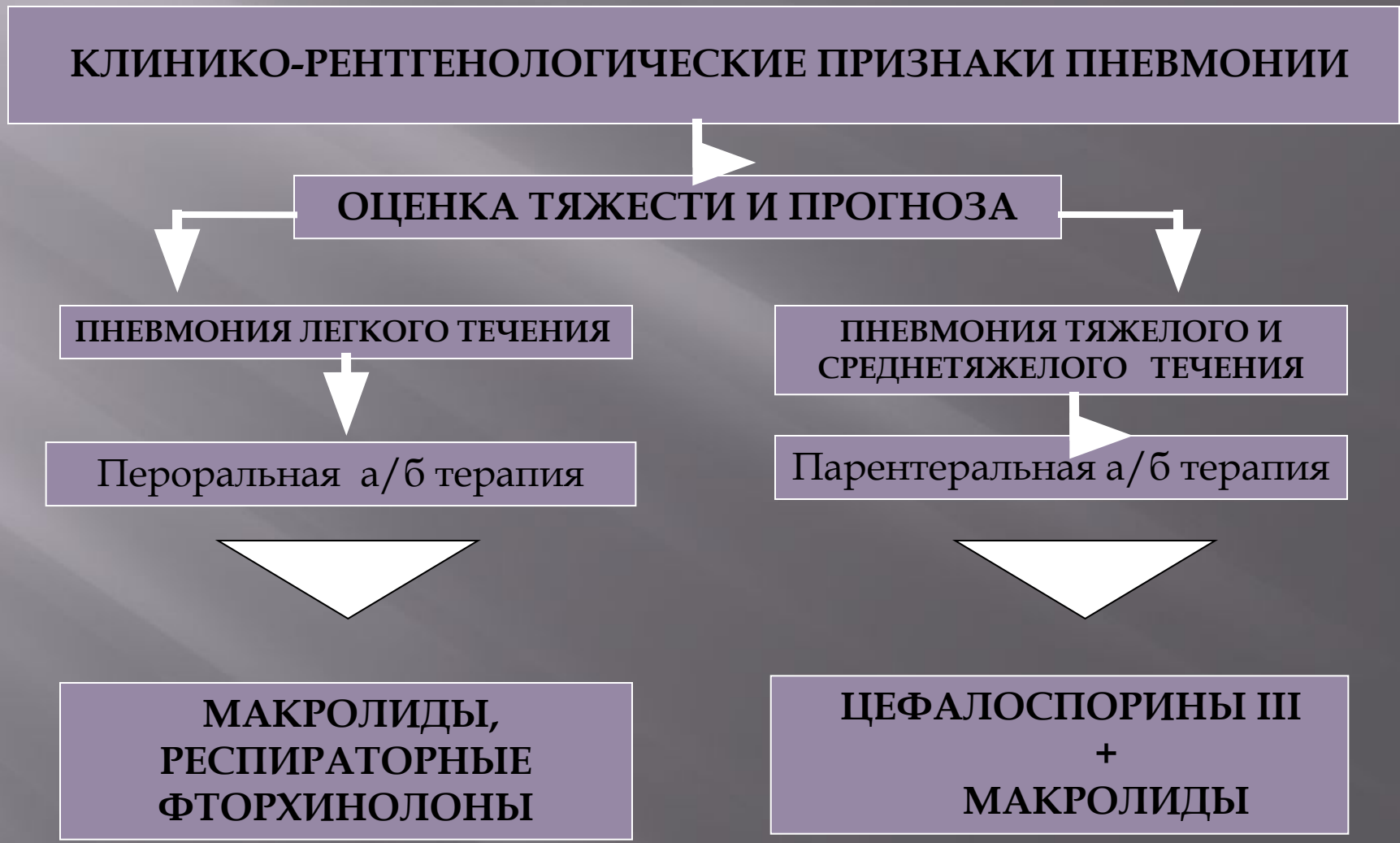
Выбор места лечения (амбулаторное или стационарное)

- определяется тяжестью состояния, в том числе наличием сопутствующих заболеваний и степенью их компенсации

Выбор первоначального АБ определяется:

- клинической и эпидемиологической ситуацией
- пребыванием в больнице
- возрастом
- фоновой патологией
- степенью тяжести
- рентгенологической картиной
- результатами бактериологического исследования мокроты

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ С УЧЕТОМ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ



Антимикробные препараты

ПЕНИЦИЛЛИНЫ:

1. **ПРИРОДНЫЕ** – бензилпенициллин
2. **ПОЛУСИНТЕТИЧЕСКИЕ**
   - метициллин, оксациллин,
   - клоксациллин, ампициллин,
   - амоксициллин, карбенициллин,
   - азлоцилин и др.

Комбинированные антибиотики

…кс, амоксиклав, аугментин)

Антимикробные препараты

ЦЕФАЛОСПОРИНЫ:

- **ЦФС 1** – высоко активные в отношение грам (+), стабильны к действию стафилококковой бета-лактамазы, но гидролизуются бета-лактамазами грам (-) бактериями (цефазолин)
- **ЦФС II** – высоко активны в отношение грам (-) (цефамандол, цефатаксим – клафоран и др.)
- **ЦФС III** – с наибольшей активностью против синегнойной палочки (цефтазидим – фортум)
- **ЦФС IV**– активны против бактероидов и др. анаэробов, стабильны к действию бета-лактамаз (моксалактам –моксам)

ЦЕФТАЗИДИМ
Порошок для приготовления инъекций во флаконе
ЦЕФТАЗИДИМ
Ceftazidime Sodium I.M.
1г
Внутривенно
Внутримышечно
Производитель:
ХАРБИН ФАРМАСИЮТИКАЛ ГРУП КО., ЛТД.
Генерал Фарм. Фактори, КНР
www.hayaozong.com
Дистрибьютор:
Донг Трейд Лимитед

Фортум
Цефтазидим
Порошок для приготовления раствора для инъекций
1 г
1 флакон
GlaxoSmithKline
Фортум

Максипим
1г
1 флакон

Pfizer
СУЛЬПЕРАЗОН
1г
СУЛЬПЕРАЗОН

150 mg
Fluzamed
FLUCONAZOLE
1 capsule

ОФРАМАКС
1г
OFRAMAX
Стерильный Цефтриаксон Натрия USP 1г
РАНБАКСИ
ОФРАМАКС

1.0 g
I.M.
Cefamed
Ceftriaxone

2г (1г+1г)
СУЛЬЦЕФ
цефоперазон + сульбактам
Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения
СТЕРИЛЬНО
1 флакон
МЕДОКЕМИ ЛТД.
ЛИМАССОЛ, КИПР
СУЛЬЦЕФ

синтез
Цефуроксим
ЦЕФУРУС
порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения
1,5 г
ОАО «Синтез», г. Курск
Цефуроксим
ЦЕФУРУС
1,5 г
СТЕРИЛЬНО

ЦЕФОПЕРАЗОН
1г
Внутривенно
Внутримышечно

Цефалексин
500 мг

ЦЕФАЛЕКСИН

Антимикробные препараты

КАРБАПЕНЕМЫ:
Высоко активны против грам (-), в том числе возбудителей госпитальной пневмонии (имипенем – целастин, меропенем)

ГЛИКОПЕПТИДЫ:
Действуют на грам (+)
– ванкомицин, ристомицин

АМИНОГЛИКОЗИДЫ:
широкий спектр действия,
в том числе на грам (-).

- 1поколение (мономицин)
- 2 поколение (гентамицин)
- 3 поколение (амикацин)

Антимикробные препараты

МАКРОЛИДЫ:

Накапливаются внутри клетки и применяются при атипичных пневмониях (эритромицин, спирамицин, сумамед , рулид и др.)

ТЕТРАЦИКЛИНЫ:

Широкого спектра действия, в том числе, на внутриклеточно расположенные микроорганизмы (доксициклин, моноциклин и др.)

ФТОРХИНОЛОНЫ:

Широкого спектра действия (ципрофлоксацин, абактал и др)

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ А/Б ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

- Определяется ответом на терапию, тяжестью пневмонии, наличием осложнений, этиологическим вариантом
- При неосложненном течении пневмонии, вызванной S.pneumoniae или H.influence длительность а/б терапии 7-10 дней
- При пневмонии, вызванной внутриклеточными возбудителями, при наличии осложнений (абсцесс и др.) продолжительность лечения может достигать 21 дня

Прогноз и профилактика

Прогноз острой пневмонии при раннем полноценном лечении достаточно благоприятный. Очаги фибринозного воспаления подвергаются рассасыванию в течение 2-4 недель, деструктивные – в течение 4-6 недель. На протяжении полугода и дольше могут сохраняться остаточные явления. Крайне тяжелое течение с осложнениями и смертельным исходом чаще встречается у младенцев, пожилых и стариков, ослабленных больных с серьезными сопутствующими заболеваниями.

К мерам профилактики острой пневмонии относятся отказ от вредных привычек, занятия спортом и закаливание, полноценное питание, санация хронических очагов инфекции,вакцинация против гриппа, предупреждение стрессов. Переболевшие острой пневмонией стоят на диспансерном учете у пульмонолога в течение полугода.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!