

Пневмонии.

Этиология, патогенез,

классификация,

клинические формы,

принципы лечения.

профилактика.

# План лекции

- Определение, актуальность пневмонии
- Патогенез пневмонии
- Классификация пневмонии
- Критерии диагностики пневмонии
- Принципы лечения: организация режима, аэротерапия, антибактериальная терапия, иммунотерапия и физиотерапевтические методы лечения, профилактика

- Пневмония - это неспецифическое воспаление легочной ткани, в основе которого лежит инфекционный токсикоз, дыхательная недостаточность, водно-электролитные и другие метаболические нарушения с патологическими изменениями во всех органах и системах детского организма.



# АКТУАЛЬНОСТЬ:

- 1) Заболеваемость пневмоний составляет от 4 до 20 случаев на 1000 детей в возрасте от 1 месяца до 15 лет.
- 2) В Украине наблюдается увеличение распространённости пневмонии среди детей в последние три года (от 8,66 до 10,34).
- 3) Летальность от пневмонии среди детей первого года жизни от 1,5 до 6 случаев на 10000 детей, что составляет 3-5 % в общей структуре смертности детей до 1 года.
- 4) Каждый год от пневмонии в мире умирает около 5 млн. детей.



# ЭТИОЛОГИЯ

- Внутрибольничные (нозокомиальные) пневмонии в большинстве случаев вызываются *Ps. aeruginosa*, реже – *Kl. pneumoniae*, *St. aureus*, *Proteus spp.* и др. Эти возбудители резистентны к антибиотикам, что ведет к тяжёлому течению болезни и летальности.
- Внебольничные пневмонии (домашняя, негоспитальная). Спектр возбудителей зависит от возраста пациентов.

- Новорождённые: зависит от спектра урогенитальных инфекций женщин.
- Постнатальные пневмонии чаще вызываются стрептококками группы В, реже *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *St. aureus*, *St. epidermalis*.
- Антенатальные – стрептококками группы G, D, Ch. *trachomatis*, *ureaplasma urealyticum*, *Listeria monocytogenes*, *Treponema pallidum*.
- Дети первого полугодия: стафилококки, грамотрицательная кишечная флора, редко - *Moraxella catarrhalis*, *Str. pneumoniae*, *H. influenzae*, Ch. *trachomatis*.

# Патогенез

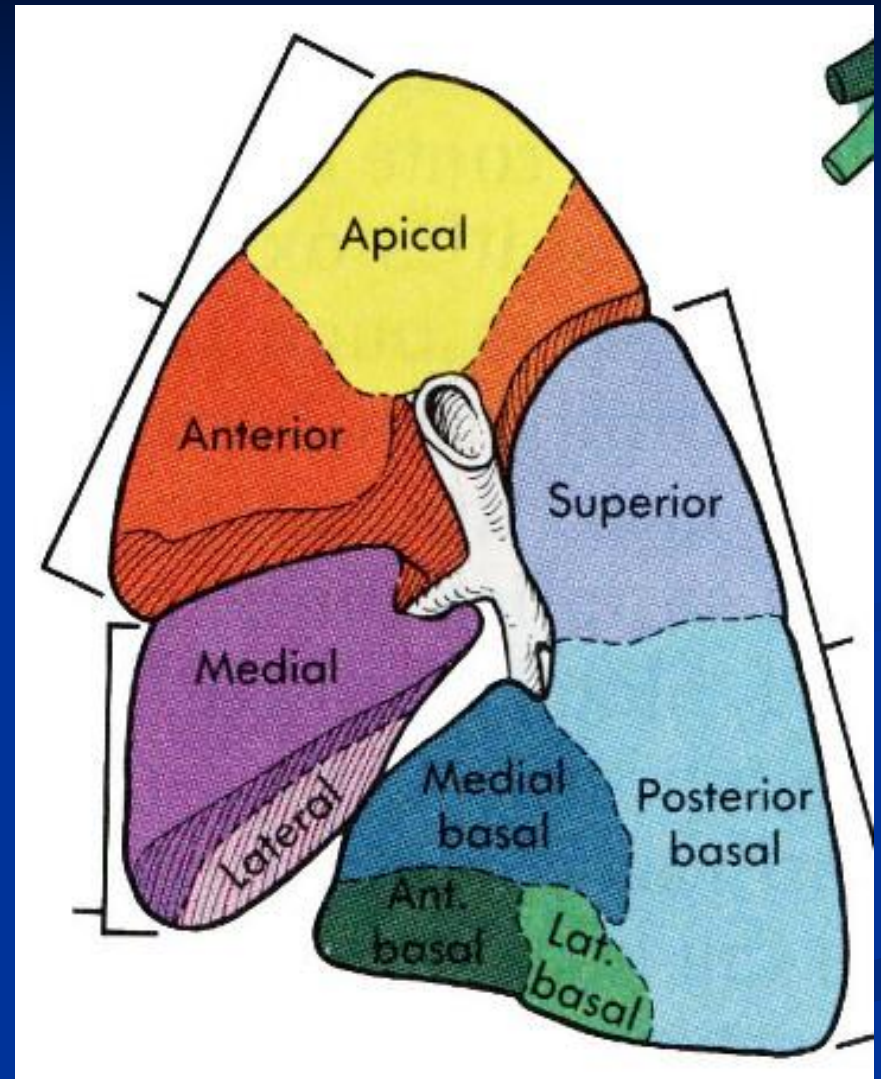
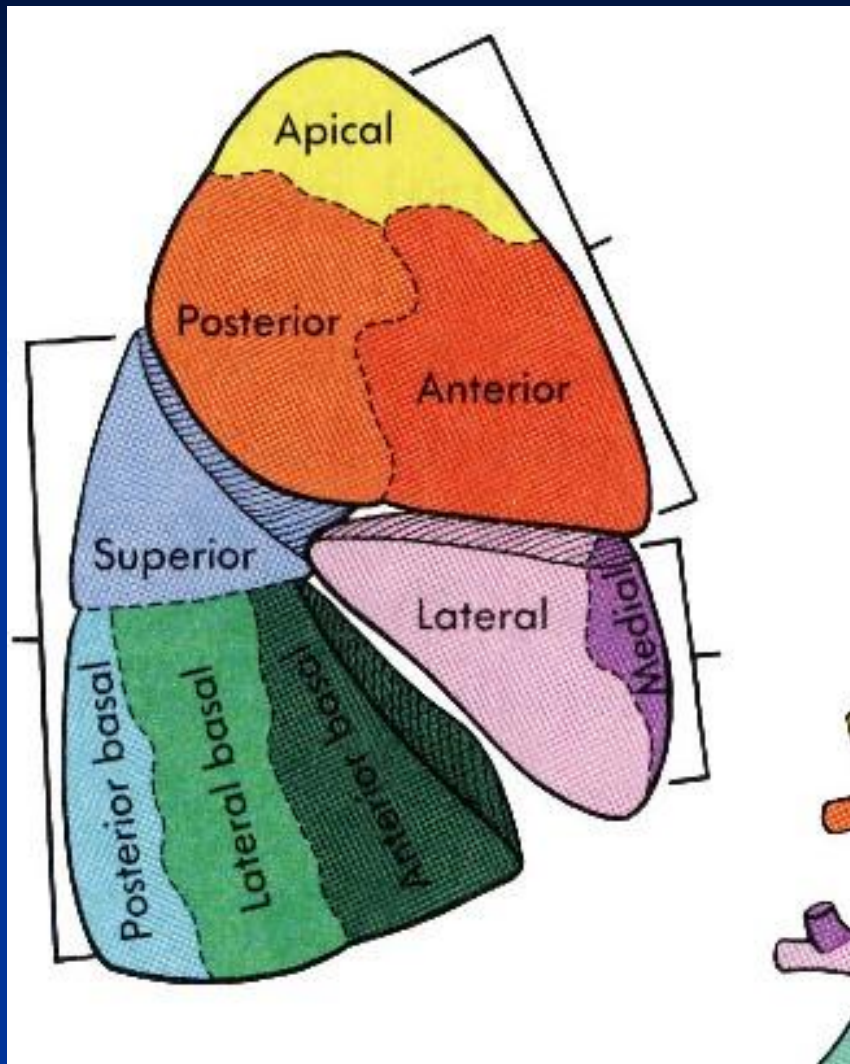
- В патогенезе развития острой пневмонии В.Г.Майданник выделяет шесть фаз.
- Первая – контаминация микроорганизмами и отёчно-воспалительная деструкция верхних дыхательных путей, нарушение функции реснитчатого эпителия, распространение патогена по трахеобронхиальному дереву.
- Вторая – первичная альтерация легочной ткани, активация процессов ПОЛ, развитие воспаления.
- Третья: повреждение прооксидантами не только структур патогена, но и макроорганизма (сурфактанта) дестабилизация клеточных мембран → фаза вторичной токсической аутоагрессии. Увеличивается площадь поражения легочной ткани.
- Четвёртая: нарушение тканевого дыхания, центральной регуляции дыхания, вентиляции, газообмена и перфузии лёгких.
- Пятая: развитие ДН и нарушение недыхательной функции легких (очистной, иммунной, экскреторной, метаболической и др.).
- Шестая: метаболические и функциональные нарушения других органов и систем организма. Самые тяжелые нарушения метаболизма наблюдаются у новорожденных и детей раннего возраста.

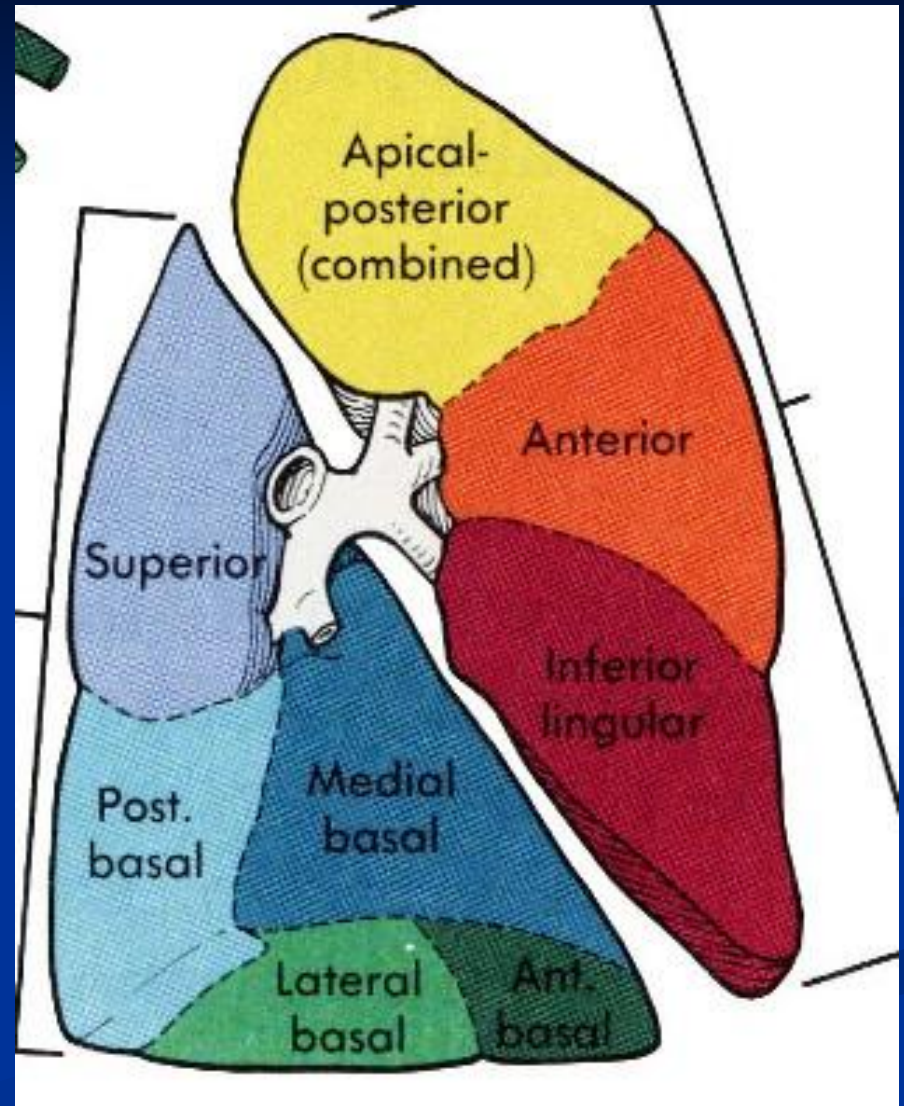
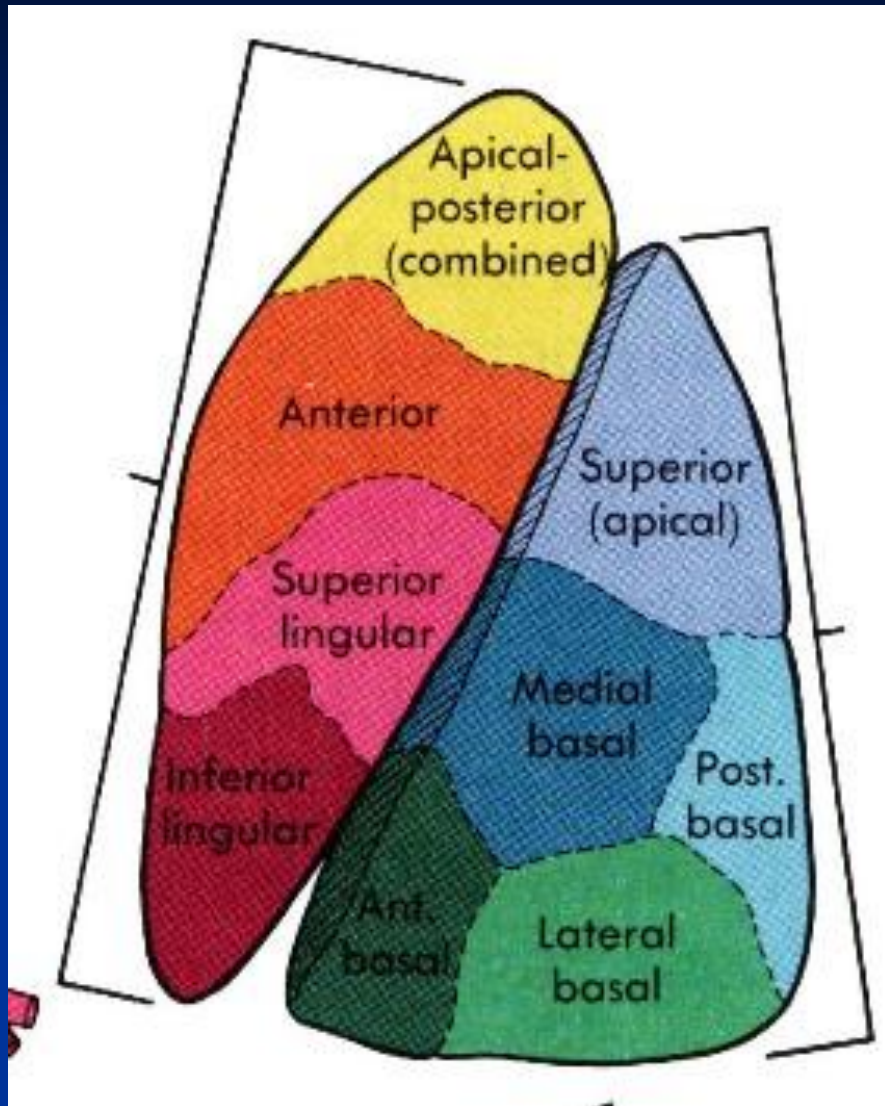
# Существует 4 пути контаминации легких патогенной флорой:

- 1) аспирация содержимого ротоглотки (микроаспирация во сне) – основной путь;
- 2) воздушно-капельный;
- 3) гематогенное распространение возбудителя из внелегочного очага инфекции;
- 4) Распространение инфекции из прилежащих тканей соседних органов.









# Классификация

## Пневмония

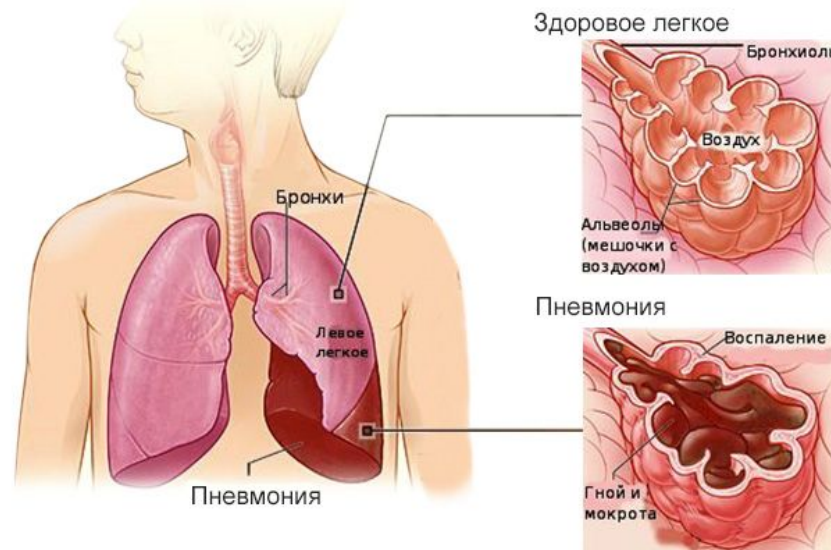
- первичная (неосложнённая)
- вторичная (осложнённая)

## Формы:

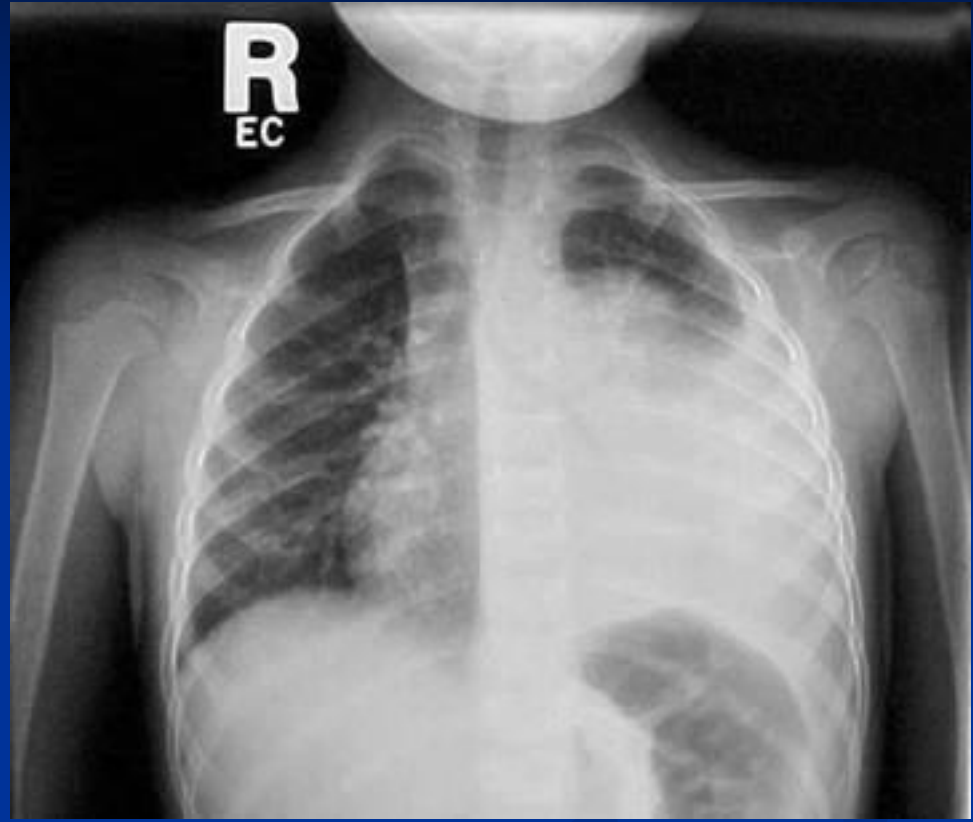
- очаговая
- сегментарная
- крупозная
- интерстициальная

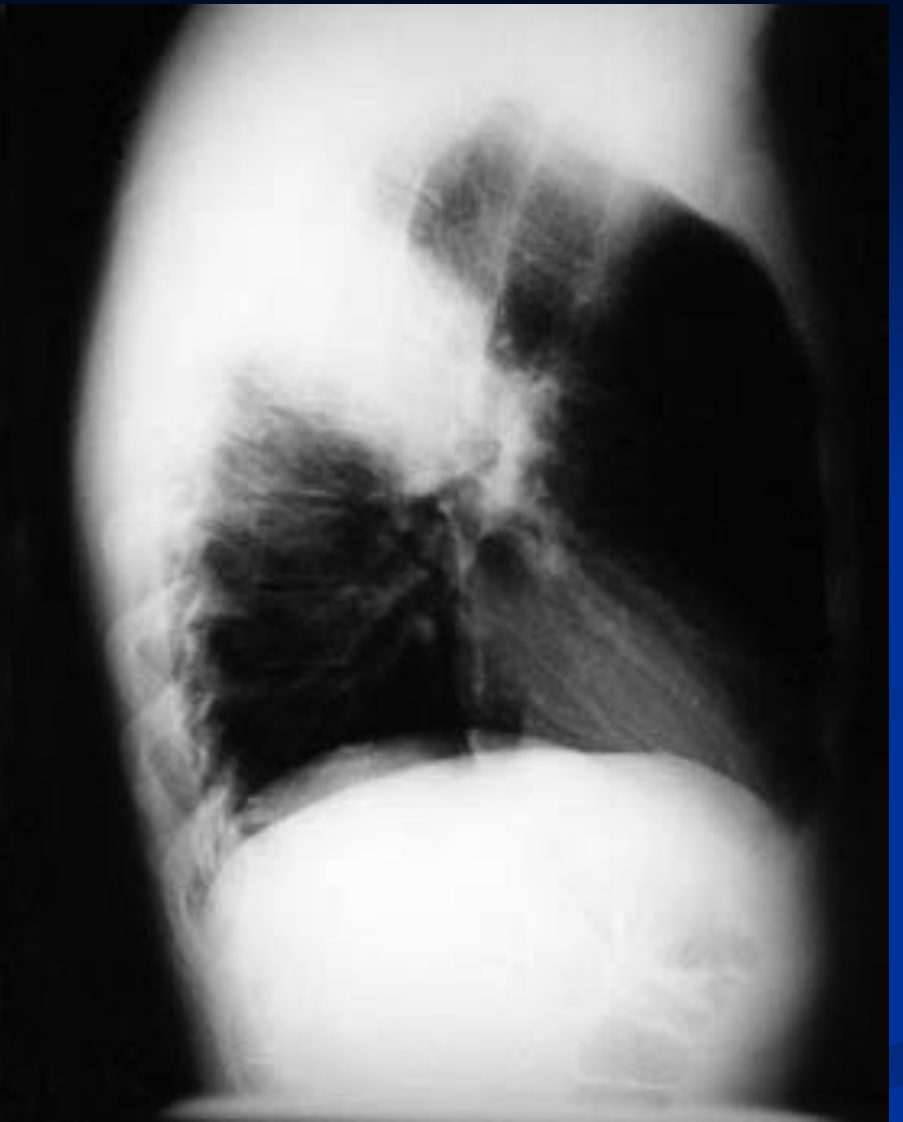
## Локализация :

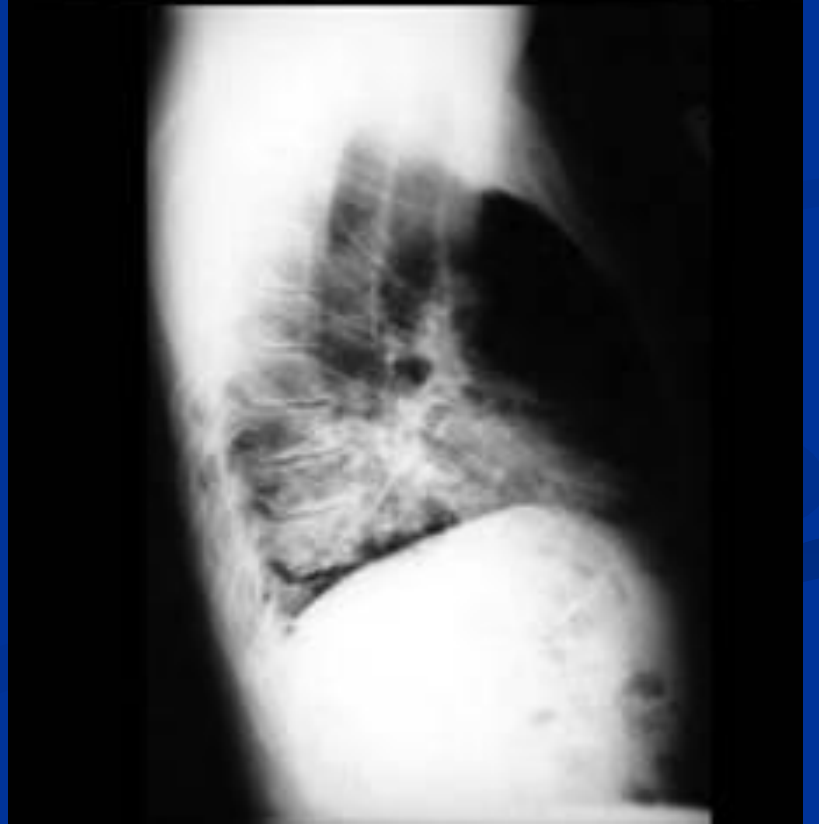
- односторонняя
- двусторонняя
- сегмент легкого
- доля легкого
- легкое











# Течение

- острое (до 6 недель)
- затяжное (от 6 недель до 6 месяцев)
- Рецидивирующее
  - **Дыхательная недостаточность**
    - 0 ст.
    - I ст.
    - II ст.
    - III ст.

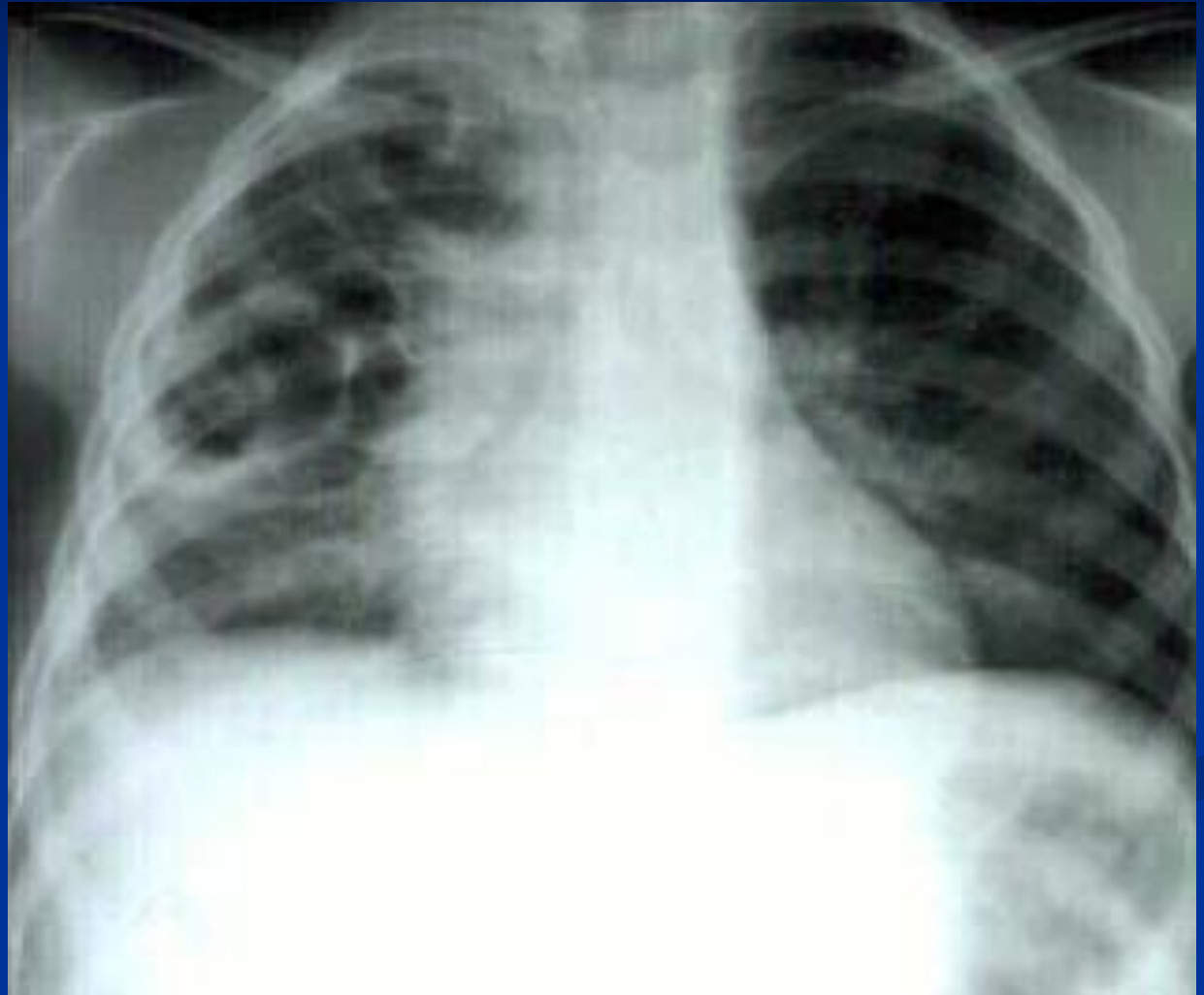


# Пневмония осложненная:

- Общими нарушениями
  - токсико-септическое состояние
  - инфекционно-токсический шок
  - кардиоваскулярный синдром
  - ДВЗ-синдром
  - изменение ЦНС- нейротоксикоз, гипоксическая энцефалопатия

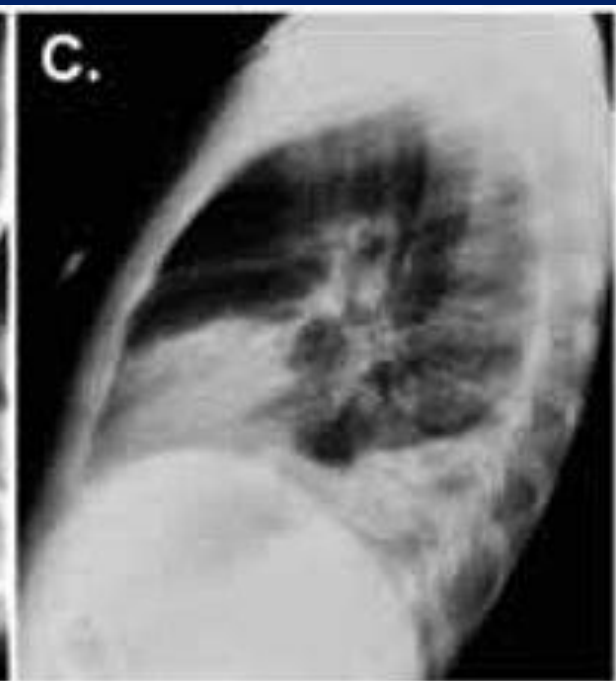
## ■ Легочно-гнойным процессом

- деструкция
- абсцесс
- плеврит
- пневмоторакс









# Клинические критерии пневмонии у новорождённого ребёнка

- отягощенный ante- и интранатальный анамнез;
- бледность, периоральный и акроцианоз;
- стонущее дыхание;
- напряжение и раздувание крыльев носа; втяжение податливых мест грудной клетки;
- дыхательная аритмия;
- быстрое нарастание легочно-сердечной недостаточности и токсикоза;



- мышечная гипотония, угнетение рефлексов новорожденного;
- гепатолиенальный синдром;
- потеря массы тела;
- покашливание; реже кашель;



- повышение температуры тела; у незрелых новорождённых может быть нормальной;
- гемограмма: нейтрофильный лейкоцитоз, сдвиг формулы влево;
- рентгенограмма: инфильтраты легочной ткани, чаще с обеих сторон; усиление легочного рисунка в перифокальных участках.



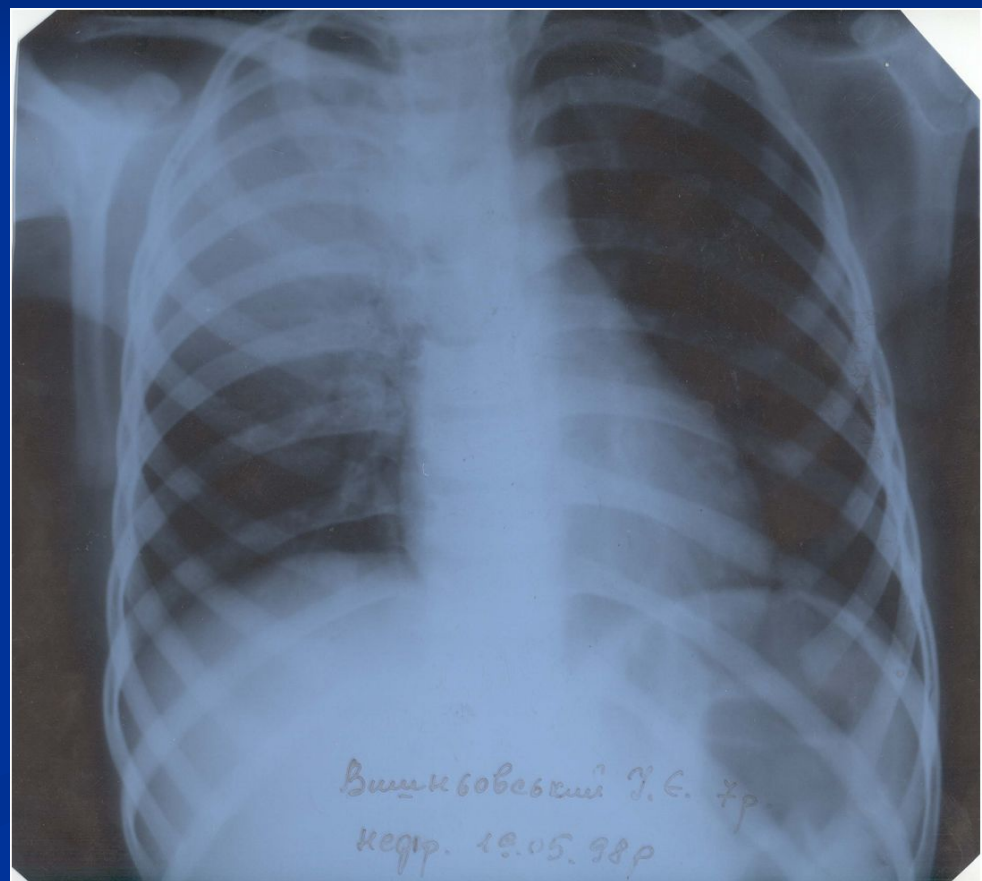


# Клинические критерии диагноза пневмонии у детей раннего возраста:

- влажный или малопродуктивный кашель;
- одышка, дыхание с участием вспомогательной мускулатуры;
- дистанционные хрипы при бронхообструктивном синдроме;
- общая слабость, отказ от еды, задержка прироста массы;
- бледность кожи, периоральный цианоз, усиливается при нагрузке;



- нарушение терморегуляции (гипер- или гипотермия, токсикоз);
- жесткое бронхиальное или ослабленное дыхание, через 3-5 дней присоединяются влажные хрипы;
- укорочение перкуторного звука в проекции инфильтрата;
- гемограмма: нейтрофильный лейкоцитоз, сдвиг формулы влево;
- рентгенограмма: инфильтраты легочной ткани, усиление легочного рисунка в перифокальных участках.



# Критерии степени ДН

Клинические проявления	Степени ДН		
	I	II	III
Тахипное	при нагрузке	в покое	>70 за 1 мин. дыхательная аритмия
Втяжение межреберных промежутков	умеренное	+	выраженное
Участие вспомогательных мышц в акте дыхания	-	+	выраженное
Цианоз	легкий периферический	периоральный, выраженный	распространенный
Другие проявления	-	-	кивание головой в такт дыхания

# Лечение пневмонии

- Дети с острой пневмонией могут лечиться на дому и в стационаре. Показания к госпитализации следующие:
  - 1) жизненные показания – необходима интенсивная терапия, реанимационные мероприятия;
  - 2) снижение реактивности организма ребенка, угроза развития осложнений;
  - 3) неблагоприятные бытовые условия семьи, нет возможности организовать «стационар на дому».



В стационаре ребёнок должен находиться в отдельной палате (боксе) для предупреждения перекрестной инфекции. До 6-ти летнего возраста с ребёнком должна быть мать.



В палате должна проводиться влажная уборка, кварцевание, проветривание (4-6 раз в день).

Головная часть кровати должна быть приподнята.

# Лечение дыхательной недостаточности

- 1) Обеспечить свободную проходимость дыхательных путей.
- 2) Микроклимат палаты: свежий достаточно влажный воздух,  $t^{\circ}$  в палате должна быть 18-19 $^{\circ}$ C.



- 1) .
- 2) При дыхательной недостаточности II степени добавляется оксигенотерапия: через носовой зонд – 20-30 % утилизации кислорода; через маску – 20-50 %, в кувезе – 20-50 %, в кислородной палатке – 30-70 %.

При ДН III степени – искусственная вентиляция легких.

# Антибактериальная терапия

Основные принципы рациональной антибактериальной терапии у детей.

Начало лечения – после постановки диагноза. Желательно провести посевы на флору с определением чувствительности к антибиотикам.

Результаты будут через 3-5 дней. Стартовую терапию подбираем эмпирически, учитывая возраст больного, домашняя или госпитальная пневмония, региональные особенности.

**Первый курс** – назначают антибиотики широкого спектра (преимущественно  $\beta$ -лактамы).

**Основной курс** – (замена эмпирически подобранного антибиотика) зависит от результата посева или от клинической картины.

**Выбор дозы** – зависит от степени тяжести, возраста, массы тела.



**Выбор пути введения:** в тяжёлых случаях преимущественно вводится парентеральным путем.

**Выбор периодичности введения:** необходимо создать постоянную концентрацию антибиотика в организме.

**Выбор рациональной комбинации:** обязателен синергизм, только бактерицидные или только бактериостатические. Препараты не должны усиливать токсическое действие друг друга.

**Условия прекращения лечения:** не раньше 3 дней нормальной температуры, общего состояния ребенка.

Точность эмпирической терапии может быть 80-90 %.





# Антибактериальная терапия внебольничной пневмонии

Возраст, форма	Этиология	антибиотики	
		стартовая схема	альтернативная схема
1-6 мес., типичная нетяжелая	<i>E.coli</i> <i>Staph.aureus et epiderm.</i> <i>Streptoc. Pneumon.</i> <i>H.Influanzae</i> Респираторные вирусы (РС, парагрипп)	Орально: Защищенные аминопеницилины: Амоксицилин/клаву-ланат Ампицилин/сульбактам	Орально или парентерально: Цефалоспорины I-II поколения (цефуроксим, цефадроксил, цефазолин)
1-6 мес., типичная осложненная	<i>Pseudomonas</i> <i>aeruginosa,</i> <i>Enterobacteriaceae,</i> <i>Proteus spp, E.coli,</i> <i>Klebsiella pneumoniae,</i> <i>Staph. aureus</i>	Парентерально: Цефалоспорины III-IV поколения (цефотаксим, цефтазидим, цефепим) или амоксцилин/клаву- ланат+аминогликозиды (амикацин, нетилмицин)	Парентерально: амоксцилин/кла- вуланат+амино- гликозиды Линкозамины Карбапенемы+ аминогликозиды

1-6 мес., атипичная, не осложненная	Chlamidia tr., pn., Mycoplasma pneumoniae, реже Pneumocyst	Орально: современные макролиды (спирамицин, рокситромицин, азитромицин, джозамицин)	Орально: сульфаметоксазол триметоприм
1-6 мес., атипичная, осложненная	Chlamidia tr., pn., Mycoplasma pneumoniae, Pneumocyst	Внутривенно: Спирамицин, эритромицин	Внутривенно: Фторхинолоны (по жизненным показаниям)
6 мес.-6 лет, типичная, не осложненная	Streptoc.pneumon Neomophilus infl. Вирусы (РС, парагрипп, грипп, аденовирусы).	Орально: Амоксицилин/клавуланат или амоксицилин	Орально или парентерально: Цефалоспорины I-II поколения (цефадроксил, цефуроксим) Современные макролиды (спирамицин, рокситромицин, азитромицин, далозамицин)