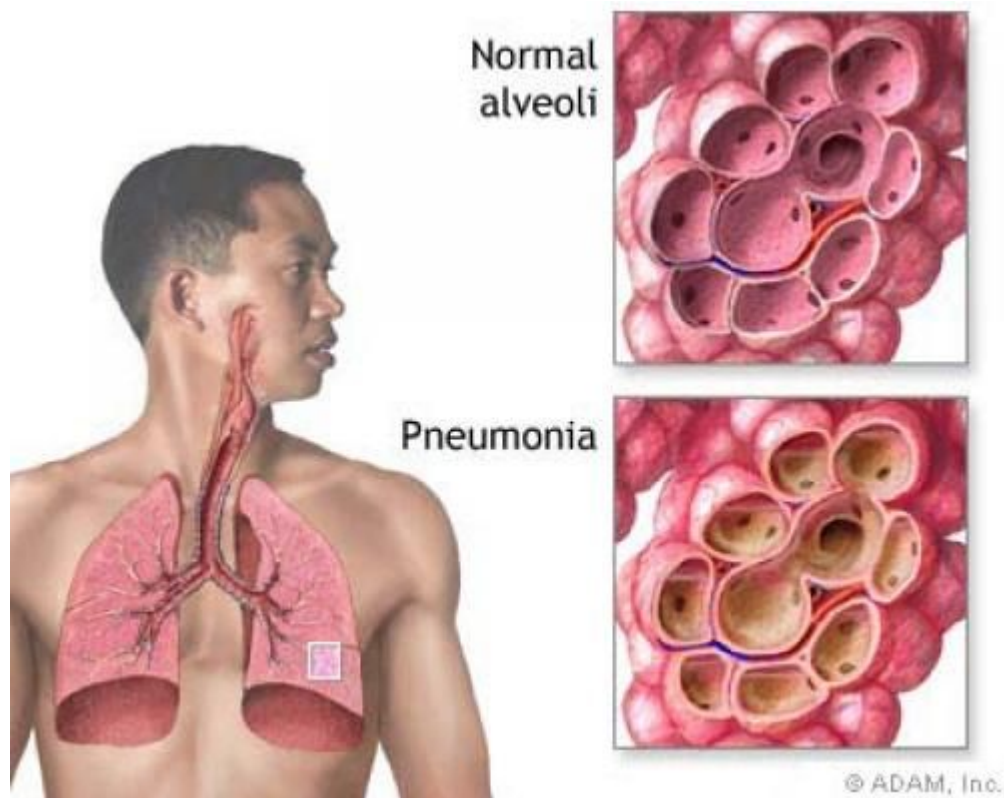


Пневмонии.

Лекция-презентация.



- Это острое инфекционное заболевание, при котором происходит образование воспалительного инфильтрата в паренхиме легкого.



Актуальность темы:

- Заболеваемость пневмонией высока – 1 %.
- Заболеваемость и летальность увеличиваются с возрастом. Лица старше 60 лет составляют более 30 %.
- Примерно у 30 % больных пневмония приобретает затяжное течение.
- Женщины болеют реже, чем мужчины.
- Наблюдается сезонный характер заболеваемости.



Классификация:

- Крупозная
- Очаговая
- Гипостатическая (застойная)
- Аспирационная.



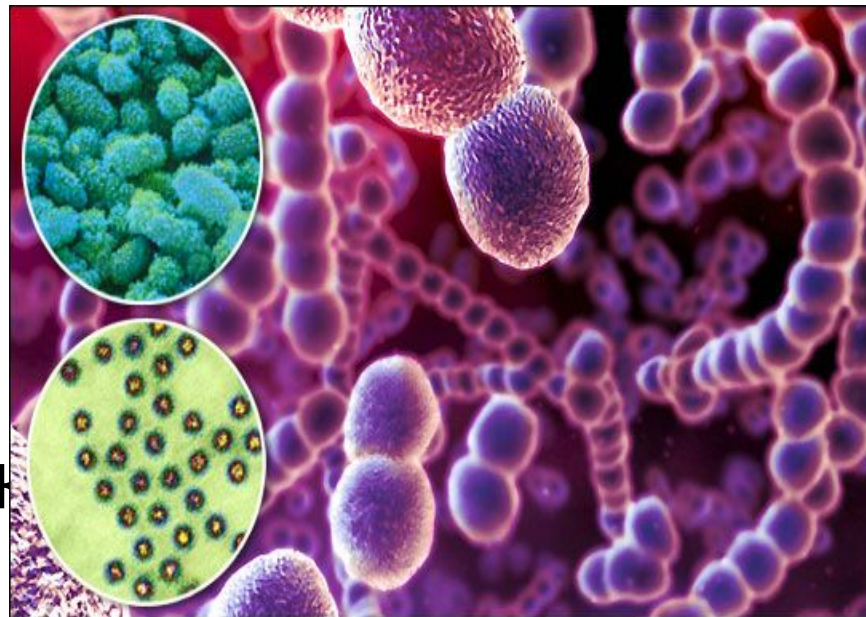
Крупозная пневмония.

- Это инфекционное заболевание, характеризующееся воспалением легочной паренхимы и захватывающей долю или несколько долей с вовлечением в процесс плевры.



Этиология:

- Пневмококки
- Стрептококки
- Стафилококки и др.
 - часто резистентны к наиболее часто применяемым антибиотикам



Предрасполагающие факторы:

- Переохлаждение
- Курение
- Алкоголизм
- Психические и физические перегрузки
- Простудные заболевания.



Пути проникновения:

- Гематогенный
- Лимфогенный



Патогенез:

1. Стадия прилива (1-3 день болезни).

Эксудат содержит пневмококки и большое количество фибрина, заполняет альвеолы, распространяясь по всей доли вплоть до листков плевры, которая и служит анатомическим барьером для его дальнейшего продвижения. Вовлечение в процесс плевры приводит к развитию плеврита.

2. Стадия уплотнения делится на две стадии:

- 1 фаза красного опеченения (4-5- день болезни): альвеолы заполняются фибринозным выпотом, содержащим большое количество эритроцитов и нейтрофилов. Последние фагоцитируют пневмококки и другие бактерии, предотвращая распространение инфекции.

- 2 фаза серого опеченения (6-7 день болезни) В уплотненном легком содержатся в основном лейкоциты. Процесс фагоцитоза завершается.

3. Стадия разрешения. Мигрирующие альвеолы макрофаги удаляют остатки бактерий, фибрина, нейтрофилов , что в сочетании с отделением альвеолярного содержимого при кашле приводит к исчезновению экссудата и восстановлению нормальной анатомической структуры легкого.

Клиническая картина:

- Начинается резко с потрясающего озноба, лихорадки (температура 39-40 градусов), озноб длится несколько часов и сменяется жаром – больные переносят очень тяжело.
- Кашель вначале со скудной беловатой мокротой, затем становится «ржавой» или зеленоватой. Иногда с примесью крови. Ко времени разрешения пневмонии мокрота делается более жидкой и обильной, содержит малое количество лейкоцитов и эритроцитов.
- Боли в грудной клетки интенсивные, колюще-режущего характера, на больной стороне, усиливаются при глубоком вдохе, кашле. Могут иррадиировать.
- Выражены симптомы интоксикации

Объективно:

- Больной не редко лежит на больном боку, чтобы уменьшить экскурсию ребер над областью плеврита.
- Кожные покровы бледные, цианоз.
- Герпетические высыпания на губах.
- Гиперемия щеки на пораженной стороне.
- Сознание средней тяжести или тяжелое.
- ЧДД – 25-40 в минуту, поверхностное. Грудная клетка отстаёт при дыхании на пораженной стороне.



- При перкуссии – притупление над зоной воспаления.
- При аускультации –
в стадию прилива и разрешения
выслушивается крепитация (хрустящий
звук).
в стадию уплотнения – ослабленное
дыхание, сухие и влажные хрипы
при вовлечении в процесс плевры – шум
трения плевры.

*Тахикардия, АД часто понижено, тоны
сердца приглушены, снижение аппетита,
запоры, м.б. тошнота, рвота. М.б.
бессонница, бред, галлюцинации, головные
боли.*

Течение:

- Лихорадка сохраняется около недели и критически снижается на 5-9 день. В этот период больные жалуются на резкую слабость, изнуряющий пот, сердцебиение. После снижения температуры ЧДД снижается, улучшается сон.
- При применении антибиотиков течение болезни облегчилось (лихорадка 2-3 дня, нет кризов, нет сосудистых коллапсов, редко умирают)

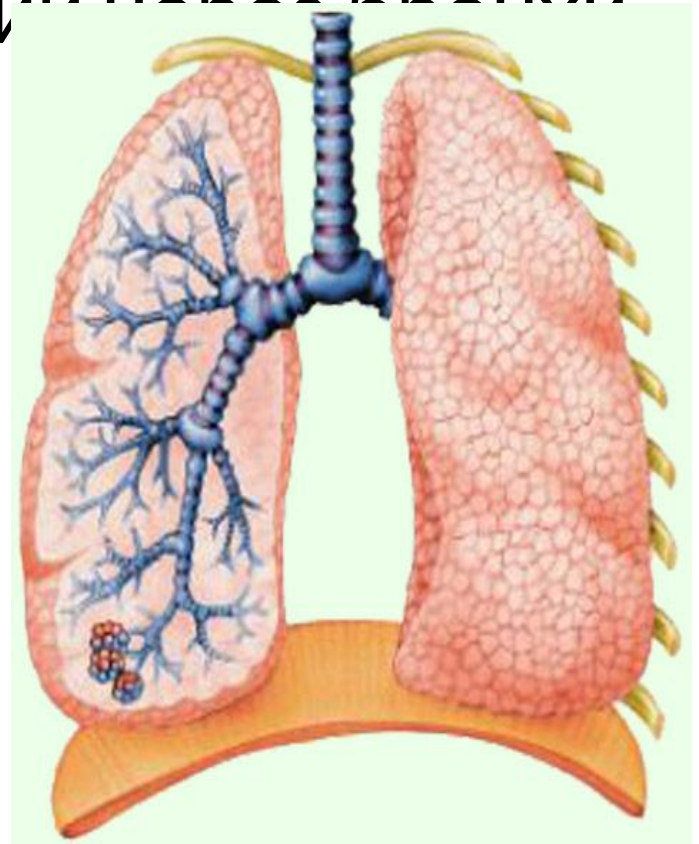
Очаговая пневмония

- Это инфекционно-воспалительный процесс, локализующийся в бронхах и окружающей паренхиме, захватывающий от одного до нескольких сегмент



Этиология

- Наиболее часто – золотистый стафилококк, пневмококк и др. Путь проникновения инфекции – через бронхи



Клиническая картина

- Начинается постепенно, нередко на фоне гриппа, ОРВИ.
- Температура тела около 38 градусов.
- Кашель вначале сухой, затем со слизистой или слизисто-гнойной мокротой
- Боли редко
- Симптомы интоксикации выражены умеренно.



Объективное обследование:

- Состояние удовлетворительное или средней тяжести.
- Положение в постели активное.
- ЧДД – норма ил чуть выше.
- При перкуссии – притупление только при больших размерах очага.
- При аускультации – жесткое дыхание, звучные влажные мелкопузырчатые хрипы на ограниченном участке.



Течение:

- При правильном подборе антибиотика температура нормализуется на 3-5 сутки лечения.
- При неправильном подборе антибиотика может быть затяжное течение.



Гипостатическая пневмония

- у послеоперационных больных
- На ИВЛ
- У лиц пожилого возраста с заболеваниями ССС, ЦНС
- Находящимся на длительном постельном режиме.



Причины:

- Гиповентиляция легких
- Снижение сопротивляемости организма.

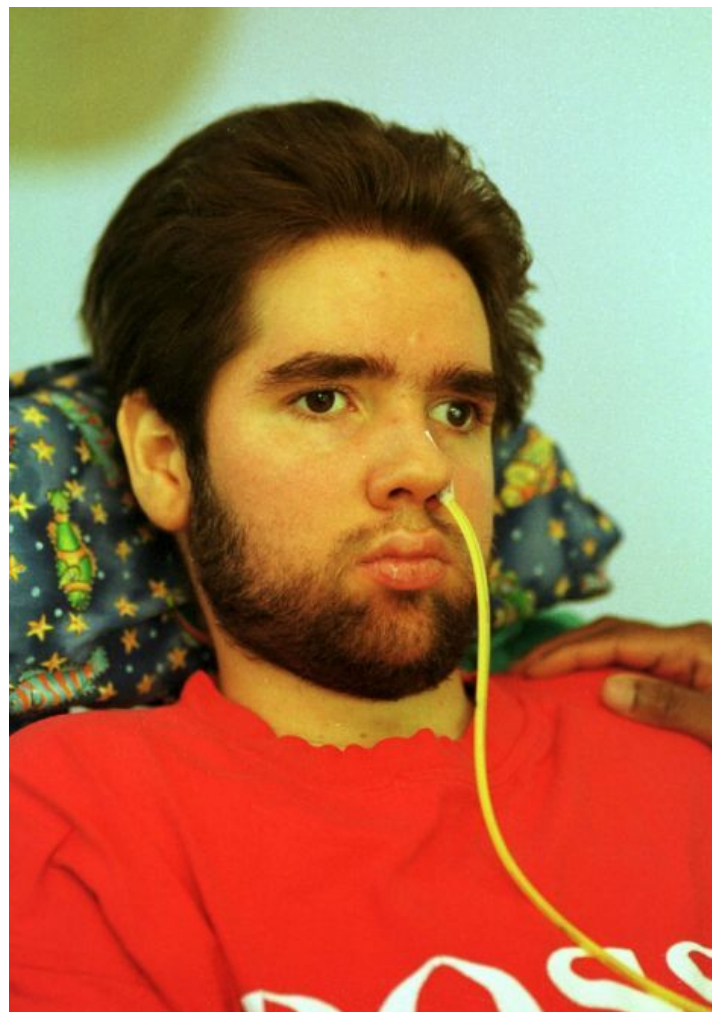


Клиническая картина:

- Температуры или нормальная, или субфебрильная.
- Кашель незначительный, мокроты выделяется мало
- Симптомы интоксикации не всегда выражены
- Притупление перкуторного звука с обеих сторон в нижних отделах
- Ослабление дыхания, единичные незвучные хрипы в нижних отделах

Аспирационная пневмония

- Возникает вследствие аспирации желудочного или носоглоточного содержимого, обструкции бронха инородным телом или спонтанного прорыва в бронхах абсцесса легкого.

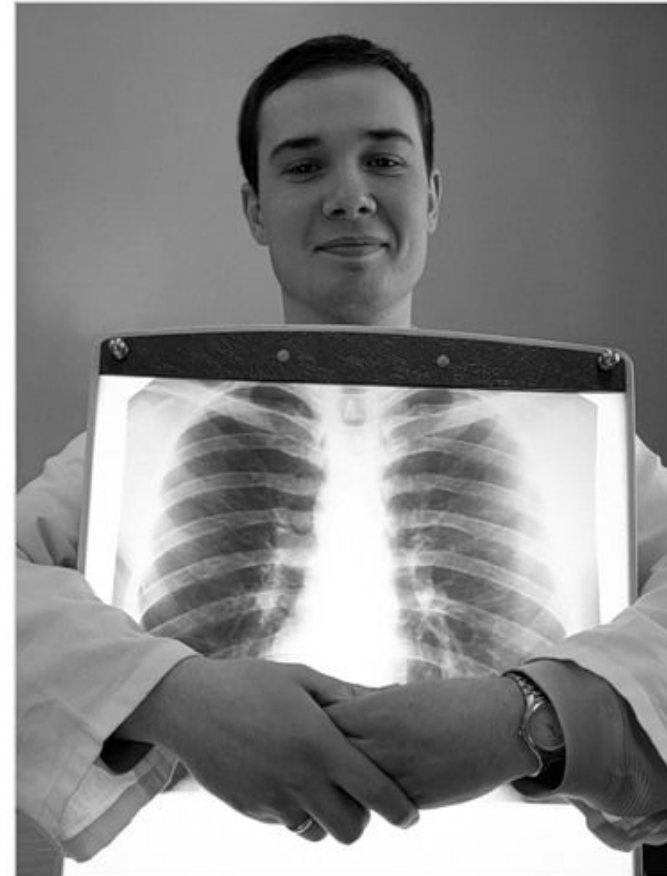


Предрасполагающие факторы:

- Нарушение кашлевого или глоточного рефлекса
- Часто встречается у пациентов с неврологическими расстройствами, находящимися без сознания, страдающих эпилепсией, алкоголизмом.
- При интубации, трахеостоме, плохом состоянии зубов.

Дополнительные методы обследования.

- Клинический анализ крови (лейкоцитоз, Увеличение СОЭ)
- Общий анализ мокроты.
- Бактериологическое исследование мокроты и определение чувствительности к антибиотикам
- Рентгенологическое исследование: ФЛГ, рентгенография грудной клетки.



Осложнения:

- Местные: абсцесс легкого, плеврит, ателектаз, острая дыхательная недостаточность.
- Общие (внелегочные): сепсис, инфекционно-токсический шок, острые психозы.



Лечение:

- *При тяжелом течении* – лечение стационарное
- *Режим* – постельный или полупостельный на период лихорадки.
- *Диетотерапия* – пища легкоусвояемая, белковая, витаминизированная, насыщенная солями кальция, калия. Снижение соли. Обильное, теплое, витаминизированное или щелочное питье. Питание дробное, 3-4 раза в день.



Медикаментозное лечение:

- **Антибиотики.** Вначале антибиотики широкого спектра действия. После получения данных по определению чувствительности к антибиотикам: *гр. Пенициллина, макролиды, цефалоспорины*. Обязательно с уточнением аллергологического анамнеза. Длительность лечения – в течении всего периода лихорадки + 3 дня.
- **Сульфаниламидные препараты** – *сульфадиметоксин*, сул принимать натошак.



- **Жаропонижающие средства.**
- **Анальгетики**
- **Кодтерапия** – при мучительном сухом кашле.
- **Отхаркивающие средства и муколитики.** Настои трав и отвары аниса обыкновенного, богульника болотного, мать-и-мачехи, солодки, фиалки трехцветной, корень алтея, корень девясила.
- **Витаминотерапия** – группы С и В.
- **Препараты кальция**
- **Сердечные средства**
- **ЛФК, массаж.**
- **СКЛ.**

