### Челябинский базовый медицинский колледж

# РЕФЕРАТ

Тема: «Легионеллёз»

Выполнил: Краснов А.А.

Проверил: Калистратова С.Е.

## г. Челябинск

2000 г.

Легионеллёз – это группа заболеваний бактериальной этиологии, клинически проявляющаяся литоксикацией, респираторным синдромом, поражением ЦНС и почек.

В июле 1976 г. в Филадельфии одновременно с проходившем здесь съездом Американского легиона разыгралась вспышка неизвестной болезни. Она напоминала грипп: высокая температура, головная боль, кашель, характерные хрипы в легких. Болезнь протекала тяжело, лекарства оказывались бессильными, и многих спасти не удалось. Больше года ушло на выявление возбудителя. Им оказался микроорганизм, получивший название – Leg. pn.

Этиология: Legionella pneumophilla, относится к сем. Legionelaceae, роду Legionella. Известно 8 типов. L. – Г- – подвижная вследствие наличия жгутиков, палочка, имеет термостабильный эндотоксин. Есть данные, подтверждающие наличие сильнодействующего экзотоксина. L. устойчивы в воде: в речной воде сохраняются до 3 недель, в водопроводной более года. Чувствительна L. к дез. средствам в обычных концентрациях.

Рис. 1. L – под сканирующим микроскопом. Рис. 2. L – под электронным микроскопом.

Эпидемиология:

Предположительно, сапроноз.

Источник пока не выявили.

Механизм передачи: аэрогенный.

Пути передачи: воздушно-капельный и воздушно-пылевой.

Наиболее подвержены заболеванию люди пожилого возраста, курильщики, хронические алкоголики, наркоманы и люди с иммунодефицитом (первичным и вторичным). Чаще болеют мужчины.

Сезонность летне-осенняя.

В РФ встречается в виде спорадических случаев.

Палиогенез:

Входные ворота инфекции – слизистая дыхательных путей. На слизистой гибнет, высвобождая эндотоксин, который обуславливает системное поражение, а в тяжелых случаях инфекционно токсический шок с острой полиорганной и, прежде всего, дыхательной и почечной недостаточностью, энцефалопатией и синдромом ДВС.

В легких возбудитель вызывает геморрагические и некробиотические изменения, поступает в кровь и, оседая в органах, вовлекает их в патологический процесс.

На вскрытии чаще всего обнаруживается абсцедирующие пневмонии и фибринозные плевриты.

Клиника:

Инкубационный период 2-10 дней (в среднем 4-7).

Клинические формы:

1. Болезнь легионеров с тяжелой пневмонией.
2. ОРЗ без пневмонии (лихорадка Понтиак).
3. Острое лихорадочное заболевание с экзантемой (лихорадка Форт-Брагг).

Пневмония может быть одно- и двухсторонняя, чаще долевая, реже очаговая. Начало острое, с высокой лихорадкой (39-40° C), ознобом, болями в мышцах и суставах, выраженными проявлениями интоксикации. В тяжёлых случаях – неврогенная симптоматика (нарушение походки, атаксия, нарушение речи, галлюцинации). Признаки воспалительного процесса в легких выявляются со 2-4 дня болезни. Появляется продуктивный кашель со слизисто гнойной, часто кровянистой мокротой, колющие боли в груди.

Объективно: обильное поражение лёгких (притупление перкуторного звука, мелкопузырчатые хрипы, усиление голосового дрожания), часто признаки плевропневмонии (шум трения плевры).

1. Рано возникают и быстро нарастают симптомы острой дыхательной недостаточности – выраженная отдышка, цианоз.
2. Примерно у 1/3 больных вместе с синдромом пневмонии и проявлениями генерализованного инфекционного процесса с первых дней болезни появляется гастроинтестинальная симптоматика: боли в эпигастрии, урчание при пальпации живота, диарея, обложенность языка коричневым налётом. Живот при пальпации мягкий, печень и селезёнка не увеличены, стул без патологических примесей.

Осложнения: абсцедирование, пиопневмоторакс, отек легких, гипертоксикоз с тяжелым поражением ЦНС, инфекционно-токсический шок, геморрагический синдром.

Летальность 10-20%.

Лихорадка Понтиак протекает по типу острого трахеобронхита без очаговой легочной симптоматики. При этом варианте отмечаются миалгии, иногда гастроитестинальные расстройства (рвота, понос).

Лихорадка Форт-Брагг не имеет характерных лишь для неё проявлений. Экзантема может быть крупнопятнистой, кореподобная, петехиальной с различной локализацией. Шелушение не наблюдается. При этой форме имеют место бронхит и общетоксические явления.

Лабораторная диагностика:

1. ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз с левым сдвигом, тенденция к тромбоцитопении.
2. ОАМ: токсическая альбуминурия, гематурия, цилиндрурия, может быть лейкоцитурия, олигоурия, анурия.
3. Биохимия: повышение активности трансаминаз, повышение мочевины и креатинина, появление СРБ, может быть повышение фибриногена и билирубина.
4. Серологические методы:

Широкое применение находят: реакция микроагглютинации и непрямой иммунофлюоресценции – АТ появляются в сыворотке с 7 дня болезни, титр нарастает на 2-3 неделе заболевания. Диагностическим считается нарастание титра в 4 и более раза, а при однократном исследовании титр не менее 1:128. Наиболее эффективна реакция прямой имунофлюоресценции.

1. Бактериологический метод сложен и проводится в специализированных лабораториях.

Опорные диагностические признаки легионеллёза с синдромом пневмонии:

1. Характерный эпиданамнез (заражение при приеме душа, кондиционирования воздуха).
2. Летне-осенняя сезонность.
3. Преимущественное развитие у лиц с отягощенным преморбидным фоном (ИДС).
4. Начало острое, с ознобом.
5. Лихорадка высокая, интоксикация выражена.
6. Признаки пневмонии выявляются не с 1 дня болезни.
7. Кашель со слизисто гнойной, часто кровянистой мокротой.
8. Боли в груди выражены, не редко шум трения плевры.
9. Объективно симптомы долевой пневмонии.
10. Быстро прогрессируют симптомы дыхательной недостаточности.
11. Пневмония сочетается с гематурией, диареей, нарушение функций ЦНС, печени.
12. Резко выраженные воспалительные изменения крови.
13. Отсутствие эффекта от лечения общепринятыми при пневмонии антибиотиками (тетрациклины, пенициллины, цефалоспорины).

Дифференциальный диагноз:

1. легионеллез с синдромом пневмонии: крупноочаговые пневмонии разной этиологии, крупозная пневмония, орнитоз, Q-лихорадка, другие, протекающие с поражением легких.
2. лихорадки Понтиак – респираторный микоплазмоз.

Лечение: Госпитализация

1. Этиотропная терапия:

Эритромицин 0,5 – 4 раза в сутки. В тяжелых случаях в/в – эритромицина фосфат 0,2 3-4 раза в сутки. Лечение эритромицином не менее 3 недель.

Целесосообразно применять эритромицин с рифампицином (0,6-1,2 г. сутки) или левомицетином (4 г./сутки) парентерально.

1. Патогенетическая терапия:

Коррекция водно-электролитных расстройств, кислотно-основного состояния, нарушений газообмена.

При ИТШ – противошоковая терапия.

При ОПН – гемодиализ, гемосорбция.

При ОДН – ИВЛ.

Показан массаж грудной клетки с целью улучшения дренажной функции.

1. Симптоматическая терапия.

Профилактика:

1. Санитарная охрана водоисточников (оптимальные места обитания легионелл – теплые (25 °C) открытые водоемы) и обеззараживание воды, используемой для душевых установок и кондиционеров, дезинфекция душевых помещений и установок.
2. Для профилактики ВБИ – стерилизация больничного оборудования, особенно приборов, используемых в терапии органов дыхания. При вспышке внутри стационара – приостановить плановые операции, гемодиализ, трансплантацию органов. Больных разместить в отдельных палатах, боксах.

Специфической профилактики не разработано.