**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Терапии**

Зав. кафедрой д.м.н.,

Реферат

на тему:

## Острая внебольничная пневмония

Выполнила: студентка V курса

Проверил: к.м.н., доцент

**Пенза**

**2008**

# План

1. Этиология
2. Диагностика
3. Дифференциальная диагностика
4. Лечение

Литература

**1. Этиология**

Под пневмонией понимают инфекционное заболевание, характеризующееся очаговым поражением респираторных отделов легких с внутриальвеолярной экссудацией и сопровождающееся лихорадочной реакцией и интоксикацией. Различают следующие виды пневмоний: а) внебольничную (внегоспитальную), б) внутрибольничную (госпитальную, назокомиальную), в) аспирационную и абсцедирующую, г) пневмонию при иммунодефицитных состояниях (врожденный иммунодефицит, ВИЧ-инфекция, нейтропения) и др. По темпу развития пневмонии подразделяют на острые, подострые и хронические. Классификация на основе данных рентгенологического исследования и компьютерной томографии предусматривает выделение долевой пневмонии, бронхопневмонии, интерстициальной пневмонии, абсцесса легкого, прикорневой аденопатии и плеврального выпота.

Внебольничная пневмония - одно из наиболее распространенных заболеваний органов дыхания. Заболеваемость ею составляет 8-15 на 1000 населения. Частота ее значительно увеличивается среди лиц пожилого и старческого возраста. Летальность от пневмонии достигает 5% (до 15-20% среди лиц пожилого и старческого возраста). Перечень основных факторов риска развития заболевания и летального исхода включает алкоголизм, привычку к курению, хронические обструктивные заболевания легких, застойную сердечную недостаточность, иммунодефицитные состояния, скученность проживания и др.

Наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии (20-60%) является пневмококк (Streptococcus рneumoniae). Два других микроорганизма Mycoplasma рneumoniae и Сhlamydia рneumoniae наиболее часто встречаются у людей молодого и среднего возраста (до 20-30% случаев), их этиологическая роль у пациентов старших возрастных групп менее значительна (1-3%). Legionella рneumophilia - довольно редкий возбудитель внебольничной пневмонии, однако при пневмонии легионелезной этиологии отмечается высокая смертность. В связи с особенностями клинического течения и диагностики пневмоний, вызванных M. рneumoniae и С. рneumoniae и L. Рneumophilia, принято называть их атипичными. Haemophilus influenzae и Moraxela catarralis чаще вызывают пневмонию у курильщиков, а также на фоне хронического бронхита. E. Coli и Klebsiella pneumoniae (реже другие представители семейства Eterobacteriaceae) встречаются, как правило, у пациентов с сахарный диабетом, застойной сердечной недостаточностью и другими факторами риска. Вероятность стафилококковой пневмонии возрастает у людей пожилого возраста, при аспирации или после гриппа. Наряду с пневмококками и L. pneumophilia представители семейства Eterobacteriaceae, S. aureus. преобладают в этиологии тяжелой внегоспитальной пневмонии.

**2. Диагностика**

Диагностика пневмонии обычно основывается на таких клинических признаках, как повышение температуры до фебрильных и субфебрильных цифр, кашель, отделение мокроты. Реже отмечаются озноб, одышка, боли в грудной клетке. Последние, очевидно, связаны с раздражением плевры. При долевых пневмониях выявляются признаки консолидации легочной ткани - укорочение перкуторного звука, бронхиальное дыхание, усиление голосового дрожания. Наиболее часто при аускультации выявляются локальные мелкопузырчатые хрипы или характерный феномен крепитации. В перечень рекомендуемых исследований при внебольничной пневмонии в условиях стационара входят:

- рентгенография грудной клетки;

- газы и рН артериальной крови;

- клинический анализ крови;

- биохимическое исследование крови (включая функциональные тесты печени и почек, уровень электролитов);

- бактериоскопия окрашенных мазков мокроты по Грамму и бактериологическое исследование мокроты (посев);

- посев крови (при тяжелом течении);

- при выпоте в плевральную полость после пункции окраска препарата по Грамму и посев.

Доказательным является рентгенологическое исследование, при котором обнаруживают долевую или очаговую инфильтрацию легочной паренхимы. Рентгенография легких также выявляет такие осложнения, как абсцедирование, экссудативный плеврит.

В клиническом анализе крови обычно обнаруживают лейкоцитоз более 10,0 х 109/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, токсическую зернистость нейтрофилов. Лейкоцитоз выше 15,0  109/л обычно указывает на вероятность бактериальной инфекции, лейкопения ниже 3,0  109/л или лейкоцитоз выше 25,0  109/л являются неблагоприятными прогностическими признаками. Анемия может указывать на микоплазменную инфекцию, хроническую или осложненную пневмонию.

С целью этиологической диагностики обычно исследуют мокроту, которую окрашивают по Грамму и подвергают микробиологическому исследованию. Такие альтернативные методы получения материала, как транстрахеальная аспирация или бронхоскопия применяют обычно при атипичной симптоматике, резистентности к проводимой антибактериальной терапии или тяжелом течении пневмонии. При проведении исследования мокроты необходимо соблюдать ряд требований.

1. Забор материала должен проводиться до назначения антибиотиков.

2. Посев следует выполнить в течение первых 2-5 ч с момента забора материала.

3. Критерием пригодности образцов мокроты для проведения бактериологического исследования считается наличие > 25 нейтрофилов и < 10 клеток плоскоклеточного эпителия в поле зрения микроскопа при 100-кратном увеличении.

Во многих случаях на основе бактериоскопии можно определить вероятного возбудителя пневмонии и назначить соответствующую антибактериальную терапию до получения результатов культурального исследования. В случаях тяжелой пневмонии целесообразно выполнить посев крови дважды до назначения антибиотиков. Тяжелое состояние больного служит также основанием для обследования на легионелезную инфекцию (культивирование, РИФ, антигенурия). Особенно это касается эндемических и эпидемических вспышек пневмонии, а также лиц с ослабленным иммунитетом.

В сомнительных случаях производится также идентификация в мазках мокроты кислотоустойчивых палочек и посев мокроты на М. tuberculosis.

**3. Дифференциальная диагностика**

В плане дифференциальной диагностики следует помнить о возможных онкологических (бронхогенный или бронхоальвеолярный рак, лимфома) или иммунных (васкулиты, альвеолиты, эозинофильная пневмония, альвеолярный протеиноз) заболеваниях, а также сердечно-сосудистой патологии (застойная сердечная недостаточность, тромбоэмболия ветвей легочной артерии). Не следует забывать и о госпитальной пневмонии; больные, которым выполнена интубация трахеи и проводится ИВЛ, подвергаются особой опасности инфицирования. Эндотрахеальная интубационная трубка не обеспечивает полной герметизации дыхательных путей, нарушает кашлевой рефлекс, устраняет защиту верхних дыхательных путей с помощью голосовых связок, угнетает мукоцилиарный клиренс, вызывает развитие местного воспаления и т.д. Инфицированный секрет может скапливаться выше раздутой манжеты эндотрахеальной трубки, и его трудно удалить отсасыванием. Смертность при развитии ГП в отделении интенсивной терапии порой приближается к 40-50 %.

**4. Лечение**

Основой этиотропного лечения пневмоний является антибактериальная терапия. Выбор ее при установленной этиологии определяется с учетом наиболее эффективных в отношении той или иной флоры антибиотиков (табл. 1).

Таблица 1

Выбор антибиотика при известном возбудителе пневмонии

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Возбудитель | Антибиотик выбора | Альтернативные  Антибиотики |
| *Streptococcus pneumoniae* | Пенициллины  Амоксициллин  Цефтриаксон  Цефотаксим  Цефуроксим | Макролиды  Фторхиналоны\*  Бета-лактамы  Доксициклин |
| *Hemophilus*  *influenzae* | Цефалоспорины II-III поколений  Триметоприм/сульфа-метоксазол | Бета-лактамы/ингибиторы бета-лактамаз  Тетрациклины  Левомицетин  Фторхинолоны |
| *Moraxela catarralis* | Цефалоспорины II-III поколений  Триметоприм/сульфаметоксазол  Амоксициллин/клавуланат | Макролиды  Фторхинолоны |
| *Mycoplasma рneumoniae*  *Сhlamidia*  *pneumoniae* | Макролиды | Фторхинолоны  Доксициклин  Азитромицин |
| *L. рneumophilia* | Макролиды  Рифампицин | Фторхинолоны+рифампицин  Доксициклин+рифампицин |
| *Анаэробная флора* | Метронидазол  Клиндамицин  Бета-лактамы/ингибиторы бета-лактамаз | Ампициллин/амоксициллин  Имипенем/меронем |
| *Eterobacteriaceae (E.coli, Klebsiella, Proteus, Enterobacter)* | Цефалоспорины II-III поколений+аминогликозиды | Азтреонам  Имипенем  Бета-лактамы/ингибиторы бета-лактамаз  Фторхинолоны |
| *S. aureus* | Оксациллин  Рифампицин | Цефазолин или цефуроксим  Ванкомицин  Фторхинолоны (если есть чувcтвительность in vitro) |

Примечание: \* Фторхинолоны: левофлоксацин, спарфлоксацин и др. антибиотики этого класса с подчеркнутой активностью в отношении *S. pneumoniae*

Обычно возбудитель пневмонии неизвестен и выбор антибиотика первого ряда осуществляется эмпирически. Поэтому при назначении антибактериальных средств целесообразно учитывать эпидемиологическую и клиническую ситуации (табл.2).

Таблица 2

Факторы риска развития внебольничной пневмонии известной этиологии

|  |  |
| --- | --- |
| Факторы риска | Вероятный возбудитель |
| Возраст менее 25 лет | Микоплазма, хламидия, пневмококк |
| Возраст более 60 лет | Пневмококк, гемофильная палочка |
| Хронический бронхит | Пневмококк, гемофильная палочка, моракселла, грам-отрицательные палочки |
| Курение | Гемофильная палочка, моракселла |
| Алкоголизм | Пневмококк, клебсиелла, анаэробы, микобактерия туберкулеза |
| Внутривенные наркотики | Стафилококк, анаэробы, пневмоцисты, микобактерия туберкулеза |
| Потеря сознания, судороги, аспирация | Анаэробы |
| Контакт с птицами | Хламидии, риккетсии |
| Эпидемия гриппа | Вирус гриппа, пневмококк, стафилококк, гемофильная палочка |
| ВИЧ-инфекция | Пневмоцисты, пневмококк, легионелла, грам-отрицательные палочки, микобактерии туберкулеза |

В отделении интенсивной терапии наиболее часто используют сочетание макролидов (эритромицин, азитромицин, кларитромицин) или фторхинолонов (левофлоксацин, офлоксацин, ципрофлоксацин) с цефалоспоринами III поколения (цефотаксим, цефтриаксон) или бета-лактамными антибиотиками с ингибиторами бета-лактамаз (ампициллин/сульбактам, амоксициллин/клавуланат).

При тяжелом течении пневмоний для начальной (эмпирической) терапии выбираются антибактериальные средства наиболее широкого спектра действия и используют сочетания антибиотиков, позволяющие подавлять максимальное число возможных патогенов. При тяжелом течении пневмоний антибактериальные препараты применяют внутривенно, по крайней мере, до получения клинического эффекта. Антибактериальная терапия должна начинаться тотчас после установления диагноза пневмонии, желательно в ближайшие 4 ч после появления симптомов заболевания.

В программе лечения должны также использоваться противовоспалительные средства, отхаркивающие (ацетилцистеин, бромгексин) и бронхолитики (эуфиллин), препараты других групп. В остром периоде с дезинтоксикационной целью проводится инфузионная терапия с использованием электролитных растворов, коллоидов, растворов глюкозы. Для лечения дыхательной недостаточности используют оксигенотерапию через маску, носовые катетеры, а в тяжелых случаях - ИВЛ. После стабилизации состояния больных применяют различные методы немедикаментозной терапии, включающие физиотерапию и лечебную физкультуру.

Одними из наиболее важных мер профилактики являются мытье рук и использование маски, а также подъем головного конца кровати. Мытье рук между контактами с разными больными является основным требованием к медицинскому персоналу. Эта простая манипуляция может предотвратить передачу возбудителей от одного больного к другому и контаминацию рук медицинского персонала потенциально патогенными бактериями. Такой "экзогенный источник" микроорганизмов может привести к их непосредственной инокуляции в трахеобронхиальное дерево, и если трахеобронхиальный эпителий способен связывать такие микроорганизмы, может произойти колонизация последних, что приведет к пневмонии.

**Литература**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж. Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И.Кандрора, д. м. н. М.В.Неверовой, д-ра мед. наук А.В.Сучкова, к. м. н. А.В.Низового, Ю.Л.Амченкова; под ред. Д.м.н. В.Т. Ивашкина, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. **Интенсивная терапия. Реанимация. Первая помощь:** Учебное пособие / Под ред. В.Д. Малышева. — М.: Медицина.— 2000.— 464 с.: ил.— Учеб. лит. Для слушателей системы последипломного образования.— ISBN 5-225-04560-Х