**БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**РЕФЕРАТ**

**На тему:**

**«Пневмонии и плевриты: классификация , клиника, лечение»**

**МИНСК, 2008**

**Пневмония** – острое инфекционно-воспалительное заболевание преимущественно бактериальной этиологии с вовлечением в воспалительный процесс респираторных отделов легких, обязательной альвеолярной экссудацией, которая распространяется на расположенные рядом бронхи, сосуды, плевру.

***Социально-медицинская значимость пневмоний:***

* заболеваемость составляет 10-15/1000 населения в год;
* длительность ВН:
* при легком течении – 2-3 недели;
* при среднетяжелом течении – 4-5 недель;
* при тяжелом течении – 6-8 недель;
* смертность среди взрослых до 50 лет – до 0,1%;
* летальность (больничная смертность) среди взрослых до 50 лет – 2-3%;
* летальность у лиц старше 65 лет – 5-10%.

**КЛАССИФИКАЦИЯ ПНЕВМОНИЙ (1995)**

*1. По этиологии:*

* бактериальные,
* микоплазменные,
* хламидийные,
* вирусные,
* грибковые,
* паразитарные,
* смешанной этиологии,
* неуточненной этиологии

Среди бактериальной флоры преобладают:

* *грам+:* пневмококк, золотистый стафилококк, гноеродный стрептококк группы А, энтерококк и др.;
* *анаэробные грам+:* пептококки, пептострептококки идр.;
* *грам–:* палочка Фридлендера (Klebsiella pneumoniae), Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosae, Legionella (внутриклеточно), протей и др.;
* *анаэробные грам–:* бактероиды, фузобактерии, Branchamella catarrhalis, Moraxella catarrhalis.

*2. По условиям возникновения:*

* внебольничные,
* госпитальные (спустя 48-72 часа после госпитализации),
* атипичные,
* аспирационные,
* у больных с иммунодефицитами,
* у больных с нейтропенией.

Преимущественные возбудители внебольничных пневмоний: пневмококк, Haemophilus influenzae, Legionella; внутрибольничных – Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae, Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosae, Proteus, Bacteroides. Выделяют вентиляторно-ассоциированные пневмонии – на ИВЛ (чаще St.aureus и др.).

*3. По локализации и протяженности:*

* право-, лево, двусторонняя, тотальная, долевая, сегментарная, центральная («прикорневая»).

*4. По степени тяжести:*

* тяжелое течение;
* среднетяжелое течение;
* легкое течение.

*5. По наличию осложнений* (легочных и внелегочных).

*6. По фазе заболевания* (разгар, разрешение, реконвалесценция, затяжное течение).

**Тяжесть пневмонии**

|  |  |
| --- | --- |
| Симптом | Степень тяжести |
| Легкая | Средняя | Тяжелая |
| ЧД | не более 25 | около 30 | 40 и более |
| PS | ниже 90 | до 100 | выше 100 |
| to | до 38о | до 39о | 40о и выше |
| Гипоксемия | цианоза нет | нерезкий цианоз | выраженный цианоз |
| НК\* | нет | нерезкая | отчетливая |
| Обширность поражения | 1-2 сегмента | 1-2 сегмента с двух сторон или целая доля | больше 1 доли, тотальная; полисегментарная |

\*) – недостаточность кровообращения

***Примеры осложнений:***

*Легочные:*

* кровохарканье;
* парапневмонический плеврит;
* синдром бронхиальной обструкции;
* острая дыхательная недостаточность;

*Со стороны ССС* (из внелегочных):

* коллаптоидное состояние (особенно стоя);
* острое легочное сердце;
* ДВС-синдром;
* шок;
* анемия.

**Затяжная пневмония** – это острое инфекционно-воспалительное заболевание легких, при котором пневмонический инфильтрат разрешается не в обычные сроки (до 4 недель), а медленнее, в течение 5-8 недель, и заканчивается, как правило, выздоровлением.

**Атипичная пневмония** – это пневмония, которая вызывается микроорганизмами, размножившимися внутриклеточно: легионеллами, хламидиями, микоплазмами. Такие пневмонии протекают без типичной клинических и рентгенологических (инфильтративных) проявлений, по патогенезу – преимущественно вторичные, плохо поддаются лечению антибиотиками пенициллинового и цефалоспоринового ряда.

**КЛИНИКА**

***Характерные синдромы:***

* синдром острой интоксикации (слабость, снижение аппетита, головная боль, миалгии, одышка, сердцебиение, бледность и падение АД, расстройства сознания);
* синдром воспаления легочной ткани (локальный бронхит, уплотнение легочной ткани, вовлечение плевры);
* синдром общих клинических воспалительных проявлений (повышение температуры, озноб, выраженная ночная потливость);
* изменения острофазовых показателей (лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, ускорение СОЭ, повешение уровня α2-глобулинов более 10%, появление СРБ).

***Основные рентгенологические проявления:***

* очаговые тени:
* обусловлены выпотом экссудата в альвеолы;
* небольших размеров (до 12-15 мм), округлые;
* могут сливаться (очагово-сливные тени);
* могут быть милиарные очаги (1-2 мм, не всегда видны);
* мелкие очаги (3-5 мм);
* средние очаги (6-10 мм);
* крупные очаги (11-15 мм);
* инфильтративные тени:
* небольшие (15-30 мм);
* средние (30-50 мм);
* крупные (более 50 мм).

По форме:

* округлые (с четкими контурами);
* облаковидные (с нечеткими контурами);
* в виде лобита (долевые);
* в виде перисциссурита (со стороны междолевой щели контур четкий, со стороны паренхимы – нечеткий).

***Второстепенные рентгенологические проявления***

* синдром патологических изменений легочного рисунка (уплотнение интерстициальной ткани, ее изменение, усиление, обогащение, деформация, нечеткость);
* расширение корня легкого на стороне поражения (2-4 межреберья);
* увеличение лимфатических узлов (хотя обычно его нет);
* реакция плевры (утолщение, спайки, шварты, осумкованный парапневмонический плеврит).

Первые 2 дня на рентгенограмме видны только изменения легочного рисунка (сосуды), а очаг инфекции появляется через 2-3 дня, сохраняется 5-7-10 дней, после чего остаются лишь изменения легочного рисунка, размеров корня, постепенно появляются пневмофиброз, пневмосклероз, карнификация (организация фибринозного экссудата в альвеолах), плевральные наложения.

***Зависимость от этиологии:***

* долевая и многодолевая инфекция – чаще пневмококк, реже легионелла, анаэробы;
* очаговая и очагово-сливная – пневмококк, стафилококк, легионелла;
* милиарная – грибы, микобактерия туберкулеза;
* множественные перибронхиальные абсцессы – стафилококк;
* один круглый абсцесс в верхней доле – палочка Фридлендера;
* с целью этиологического поиска желательно производить посев мокроты, а при тяжелой пневмонии – посев крови на стерильность.

***Дифференциальная диагностика:***

* острый бронхит (или обострение хронического);
* экссудативные плевриты другой этиологии;
* туберкулез легких;
* рак легкого или (чаще) метастазы в легкие;
* инфаркт легкого;
* легочный эозинофильный инфильтрат;
* ателектаз легкого;
* застойные изменения.

***Инструментальная диагностика:*** КТ, биопсия.

**ЛЕЧЕНИЕ**

***Лечебная программа:***

* лечебный режим и питание (стол 15);
* этиотропная (антимикробная) терапия;
* патогенетическая терапия:
* дезинтоксикация и иммунокоррекция;
* восстановление дренажной функции бронхов с помощью отхаркивающих средств и бронхолитиков;
* противовоспалительные препараты;
* оксигенотерапия;
* патогенетическая терапия осложнений и сопутствующих заболеваний;
* симптоматическая терапия: болеутоляющие, жаропонижающие, противокашлевые средства;
* физиотерапия, ЛФК.

**Алгоритм эмпирической антибиотикотерапии внебольничной пневмонии (возраст больного до 60 лет):**

Ампициллин (лучше амоксициллин) по 1,0

4 раза в день

**Эффект «+»:**

продолжать терапию до 10-14 дней

**Эффект «–»:**

назначить (варианты):

эритромицин 0,5 4 раза в день;

доксициклин 0,1 2 раза в день;

бисептол 2 таблетки 2 раз в день;

в течение 3-5 дней

**Эффект «+»:**

продолжать терапию до 10-14 дней

**Эффект «–»:**

госпитализация и рациональная антибиотикотерапия

Вместо ампициллина можно вводить бензилпенициллин по 1 000 000 ЕД внутримышечно через 6 часов.

**Алгоритм эмпирической антимикробной терапии внебольничной вторичной пневмонии (возраст больного больше 60 лет):**

Цефалоспорины II поколения (цефаклор, цефуроксим) внутрь или внутримышечно в течение 3-5 дней

4 раза в день

**Эффект «+»:**

продолжать терапию в течение 14-21 дня

**Эффект «–»:**

назначить (варианты):

эритромицин 0,5 4 раза в день;

сумамед 0,5-1,0 в сутки;

в течение 3-5 дней

**Эффект «–»:**

госпитализация и рациональная антибиотикотерапия

**Эффект «+»:**

продолжать терапию в течение 14-21 дня

***Дезинтоксикационная терапия*** направлена против экзо- и эндотоксинов. Она является и основой иммунокорригирующей терапии. Проводятся инфузии реополиглюкина, гемодеза, неогемодеза, полидеза 2-4 мл/кг/сутки, внутривенно капельно 3-4 дня подряд. Нативная донорская плазма (при отсутствии синдрома бронхообструкции) 3-5 трансфузий (там иммуноглобулины), антистафилококковая плазма (200-300 мл), антистафилококковый полиглобулин (50-70 мл внутривенно капельно через день). Применяются и ЭМД (гемосорбция 1-2 сеанса с интервалом 1-3 дня).

***При затяжном течении:***

* тимоген 100 мкг внутримышечно ежедневно (с 10-14 дня болезни) 5-10 инъекций;
* тималин 20 мг внутримышечно;
* натрия нуклеинат с первого дня;
* антиоксиданты: аскорбиновая кислота в/в 50 мг/кг + рутин внутрь 2 мг/кг; токоферол 60 мг/кг/сут.

***Улучшение дренажной функции бронхов:***

* алтей, корень солодки;
* амброксол 30 мг (1 таблетка) 3 раза в день;
* АЦЦ 20% раствор 3 мл/ингаляция, как минимум 2 ингаляции в день;
* теотард (0,2 г 1 таблетка 2 раза в сутки) или эуфиллин в/в при затяжном течении.

***Длительность эмпирической антимикробной терапии:***

* во всех случаях антибиотикотерапия должна продолжаться не менее 5 дней и до тех пор, пока не удастся добиться нормализации температуры на протяжении 48 часов;
* антибиотик может быть отменен на 3-4 день субфебрильного состояния при условии нормализации уровня лейкоцитов и лейкоцитарной формулы;
* при легком и среднетяжелом течении редко используется более 10 дней (ЦФ, ПЦ, макролиды);
* НПВС (например, диклофенак) ускоряют рассасывание безмикробных инфильтратов (после антибиотикотерапии)

***После пневмонии (критерии выздоровления):***

* клинически:
* астенизация, повышенная утомляемость, потливость при нагрузке (но не во сне);
* дыхание везикулярное или слегка ослаблено в зоне поражения, в то время как жесткого дыхания наблюдаться не должно;
* рентгенологически:
* остаточные явления невоспалительного характера;
* лабораторно:
* СОЭ не более 15 мм/час;
* лейкоциты в норме, лимфоциты до 40%, эозинофилы 6-8%;
* отсутствует СРБ, гамма-глобулины – до 20%.

**Плеврит** – воспаление листков плевры с образованием на их поверхности фибрина и/или скоплением в плевральной полости экссудата различного характера.

***Синдром плеврального выпота*** – «появление в плевральной полости жидкости невоспалительного (или неизвестного) характера». Таким должен быть диагноз при скоплении жидкости в плевральной полости до проведения плевральной пункции. После исследования выпота можем сказать, что это:

* плеврит;
* эмпиема плевры;
* транссудат;
* гемоторакс;
* хилоторакс;
* пневмоторакс;
* пиопневмоторакс.

**ЭТИОЛОГИЯ:**

***1. Инфекции:***

* туберкулез (20%),
* бактерии,
* вирусы,
* риккетсии,
* микоплазмы,
* грибы,
* простейшие,
* высококонтагиозные инфекции;

***2. Неинфекционные:***

* опухоли (острые лейкозы, ЛГМ, лимфосаркомы);
* ревматические заболевания;
* закрытые травмы грудной клетки;
* инфаркты на почве ТЭЛА;
* инфаркт миокарда (синдром Дресслера);
* острый панкреатит;
* уремия;
* после операций на легких.

**КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ**

***1. По течению:***

* острый,
* хронический (рецидивирующий).

***2. По характеру экссудата:***

* фибринозный,
* экссудативный,
* гнойный (однокамерный, многокамерный).

***3. По распространению и локализации:***

* диффузный,
* осумкованный (верхушечный, паракостальный, парамедиастинальный, междолевой, диафрагмальный).

**КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ:**

* синдром, связанный с формой выпота:
* сухой (фибринозный);
* выпотной (экссудат, негнойный);
* гнойный (эмпиема плевры);
* синдром, обусловленный проявлениями заболевания, которое привело к плевриту;
* синдром изменения острофазовых показателей.

***При экссудативном плеврите добавляются еще 3 синдрома:***

* компрессионный ателектаз;
* синдром смещения средостения;
* синдром сдавления верхней полой вены

*При плеврите:* **боль** при дыхании и кашле, усиливающаяся при наклонах в противоположную сторону.

*Аускультативно*: шум трения плевры (аускультацию проводить полипозиционно – больной стоит прямо, наклоняется).

ЛИТЕРАТУРА

Морозов А.В. Ревматические болезни, Мн: ВШ, 2008, 566с.

Артюхов А.С. Профилактика системных заболеваний, М: АМК, 2007, 455с.

Остряков Е.К. Ревматические заболевания: диагностика и профилактика, Мн: Полымя, 2007, 505 с.