

# Пневмония крупозная

Farma 22-04-2011 16:00 85 2290

**Пневмония крупозная - острое инфекционное заболевание легких, захватывающее целую долю (иногда 2-3 доли) или отдельные ее сегменты.**

## *Клиническая картина крупозной пневмонии*

Заболевание начинается остро: внезапно возникает озноб (часто потрясающий), длящийся от нескольких минут до 3 ч, быстро повышается температура тела до 38-40°С, появляется головная боль. Уже во время озноба или вскоре после него начинает беспокоить колющая боль в грудной клетке, обычно в ее нижнебоковых отделах, усиливающаяся при вдохе и кашле. Больной дышит поверхностно и часто, щадя по возможности пораженную сторону. Боль не всегда соответствует локализации процесса. Иногда при нижнедолевой пневмонии боль возникает в области живота, симулируя острый аппендицит, перфоративный перитонит, приступ желчнокаменной болезни, почечной колики. В первые 1-2 дня кашель сухой, затем начинает выделяться кровянистая ("ржавая") мокрота. Иногда ознобу предшествует период недомогания с ощущением слабости, головной болью, ломящих болей в суставах.

При осмотре обычно заметны гиперемия щек, нередко более выраженная на пораженной стороне, иногда цианоз губ, носа, герпетические высыпания на губах, крыльях носа, мочках ушей или на шее. Дыхание учащено (до 30-40 в 1 мин). Отмечается отставание при дыхании пораженной половины грудной клетки. Уже в первый день заболевания можно обнаружить притупление перкуторного звука с тимпаническим оттенком. К концу первого дня или на второй день выслушивается крепитация (crepitatione indur). В последующие дни притупление становится более отчетливым, выслушивается бронхиальное дыхание, усиливаются бронхофония

и голосовое дрожание, исчезает крепитация. В стадии разрешения бронхиальное дыхание сменяется везикулярным, легочным становится перкуторный звук, вновь появляется крепитация (*crepitatio redux*). Крупозной пневмонии сопутствуют плевриты - чаще сухие, реже экссудативные.

Нарушается газовый состав крови, особенно в случаях распространенной инфильтрации легочной ткани: развиваются гипоксемия, гипокапния и дыхательный алкалоз. Отсутствие гиперкапнии является отличительным признаком дыхательной недостаточности, осложняющей острую пневмонию.

Всегда отмечаются изменения сердечно-сосудистой системы: тахикардия (пульс до 120 в 1 мин), систолический шум на верхушке, на ЭКГ - снижение интервала S-T, отрицательный зубец Т во II - III отведениях, уменьшение амплитуды комплекса QRS. В период кризиса может развиваться коллапс, больной внезапно бледнеет, покрывается холодным потом, становится адинамичным, вены спадаются, пульс становится слабым, малого наполнения, снижается АД.

Почти у всех больных в большей или меньшей степени страдает нервная система. Они возбуждены, жалуются на бессонницу, головную боль. Иногда наблюдаются менингеальные симптомы. Нередки функциональные нарушения системы пищеварения: снижение аппетита, тошнота, метеоризм, задержка стула. В моче находят белок, часто эритроциты.

При тяжелом течении крупозной пневмонии развиваются дистрофические изменения печени. Печень увеличивается и становится болезненной; появляется иктеричность склер; повышается содержание билирубина в сыворотке крови; нарушается антитоксическая и углеводная функция печени.

Характерны изменения периферической крови: нейтрофильный лейкоцитоз (до  $15-20 \cdot 10^9/\text{л}$ ) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, моноцитоз, лимфопения, увеличение СОЭ. Меняется белковый состав крови: увеличивается содержание грубодисперсных фракций (главным образом альфа- и бета-глобулинов), уменьшается альбумин-глобулиновый коэффициент.

Рентгенологическая картина зависит от стадии процесса. Вначале обнаруживается усиление легочного рисунка, но уже через день

появляются очаги затемнения, которые вскоре сливаются, захватывая всю долю или отдельные сегменты. В стадии разрешения гомогенное затемнение постепенно исчезает, однако нормальная структура легких восстанавливается только через 3-4 нед.

Лихорадка держится 7-11 дней, затем температура тела снижается (критически или литически).

Описанная клиническая картина в настоящее время в связи с широким применением антибиотиков и сульфаниламидов встречается редко. Благодаря раннему началу лечения продолжительность лихорадочного периода сократилась до 2-3 дней. Редким стало поражение целой доли - воспаление захватывает обычно 1-2 сегмента. Почти не наблюдается высокого лейкоцитоза, значительного увеличения СОЭ. Мало выражены изменения нервной системы. Скучной стала выявляемая при физическом обследовании больного симптоматика: слабовыраженные перкуторные признаки, крепитация выслушивается лишь в начале заболевания и затем быстро исчезает.

У пожилых и ослабленных хроническими заболеваниями (сахарный диабет, новообразования) больных крупозная пневмония протекает атипично: без острого начала, с субфебрильной или даже нормальной температурой тела, слабовыраженными другими симптомами болезни. На тяжести течения заболевания сказывается также локализация воспалительного процесса. Особенно тяжело протекают "верхушечные" пневмонии, когда поражается верхняя доля; тяжело и длительно мигрирующие пневмонии, при которых процесс распространяется с одной доли на другую и может захватить оба легких.

Некоторые особенности течения имеет крупозная пневмония у больных алкоголизмом: она часто сопровождается резким возбуждением, бредом, делириозным состоянием.

## *Фридлендеровская пневмония*

чаще развивается у мужчин пожилого возраста, особенно при алкоголизме, истощении, сахарном диабете, на фоне хронического бронхита. Чаще, чем при пневмококковой пневмонии, отмечаются верхнедолевая локализация и полилобарное распространение; уже

в первые дни регистрируется гомогенная массивная инфильтрация легочной ткани и часто быстро развивается деструкция легочной ткани; в анализах крови лейкопения и моноцитоз; течение затяжное, летальность остается высокой.

## *Диагностика крупозной пневмонии*

, обычно несложная, но при атипичном течении болезни может быть весьма затруднительной. Приходится дифференцировать от очаговой пневмонии, экссудативного плеврита, туберкулезной казеозной пневмонии, инфаркта легкого. При этом большую помощь оказывает рентгенологическое исследование.

Очаговая пневмония не имеет характерного острого начала, температура тела не достигает высоких цифр, нет "ржавой" мокроты, не выслушивается крепитация. Отсутствие острого начала и "ржавой" мокроты, а также бронхиального дыхания и крепитации над пораженной областью, более тупой легочный звук, а в необходимых случаях плевральная пункция (наряду с рентгенологическим исследованием) позволяют диагностировать экссудативный плеврит.

Для туберкулезной казеозной пневмонии более характерно поражение верхней доли; решающее значение имеют обнаружение в мокроте микобактерий туберкулеза и данные рентгенологического исследования.

При инфаркте легких боль и кровохарканье появляются обычно раньше озноба; рентгенологически определяется клиновидная тень, которая может быстро исчезнуть и возникнуть вновь, но уже в другом месте.

## *Прогноз крупозной пневмонии*

благоприятный при условии раннего распознавания болезни и проведения комплексного лечения. При поздно начатом лечении и

сопутствующих заболеваниях крупозная пневмония протекает с тяжелыми осложнениями, возможен летальный исход.

## *Лечение крупозной пневмонии*

Обязательны госпитализация и соблюдение больными постельного режима в течение всего периода лихорадки и интоксикации. Больные должны периодически менять положение в постели, что способствует откашливанию мокроты.

Необходимо раннее применение антибактериальных средств с учетом чувствительности возбудителя к назначенному антибиотику. При выборе первого антибиотика при крупозной пневмонии предпочтение отдают пенициллинам, но с обязательным учетом их переносимости. Назначают бензилпенициллин внутримышечно по 300 000-500 000 ЕД каждые 3-4 ч. В отсутствие эффекта в течение 2 сут бензилпенициллин заменяют другим антибиотиком с учетом антимикробного спектра препарата и чувствительности возбудителя.

Доказана высокая чувствительность пневмококков, выделенных из мокроты больных, к ампициллину, цефалоспорином, линкомицину и несколько меньшая - к оксациллину, эритромицину, олеандомицину, фурагину. Таким образом, арсенал антибиотиков для успешного лечения больных крупозной пневмонией достаточно обширен.

При тяжелом течении и большой распространенности пневмонии рекомендуется назначать одновременно 2-3 антибактериальных препарата, при этом суточная доза каждого не должна быть ниже терапевтической.

Длительность приема антибиотиков переменна. Отмена антибиотиков возможна только при стойком исчезновении основных признаков активности инфекции (стойкая нормализация температуры тела, состава мокроты, количества лейкоцитов и лейкоцитарной формулы периферической крови).

При фридлендеровской пневмонии назначают антибактериальную терапию, эффективную в отношении клебсиелл: аминогликозиды,

цефалоспорины третьего поколения, фторхинолоны, которую проводят до исчезновения инфильтрата.

Наряду с этиотропным лечением необходимо применение бронхолитических, муколитических и отхаркивающих средств (эуфиллин по 0,15 г 3 раза в сутки, теофедрин по 2 таблетки 2 раза в сутки, бромгексин по 8 мг 3-4 раза в сутки, настой термопсиса 0,8-200 мл по 1 столовой ложке 8 раз в день или другие отхаркивающие препараты растительного ряда). При сильном непродуктивном кашле в первые дни болезни эффективен либексин по 1 таблетке 2-3 раза в день.

При тяжелой интоксикации ежедневно внутривенно капельно вводят гемодез - 200-400 мл. Выраженность микроциркуляторных расстройств, возникающих в легких при острых пневмониях, обосновывает применение инфузий реополиглюкина по 400 мл в день, гепарина по 5 000 ЕД 4 раза в сутки подкожно в течение первых 10 дней болезни. При развитии гипоксемии обязательна оксигенотерапия малопоточным способом. Для профилактики артериальной гипотензии назначают 20%-ный раствор кордиамина по 2 мл подкожно 3-4 раза в сутки, контролируют центральное венозное давление.

В случаях, протекающих с болью в груди, рекомендуется анальгин по 0,5 г внутрь или внутримышечно в виде 50%-ного раствора по 2 мл 2-3 раза в день.

При уменьшении лихорадки, симптомов интоксикации и дыхательной недостаточности в комплексное лечение включают массаж грудной клетки, лечебную гимнастику с дыхательными упражнениями, физиотерапевтические процедуры (УВЧ 8 процедур, затем электрофорез 5%-ного раствора хлорида кальция, аскорбиновой кислоты).

Больным создают максимально благоприятные условия: уход, полноценное белково-витаминизированное питание (отварное мясо, творог, яйца, соки свежих овощей и фруктов), а при недостаточности последнего вводят парентерально альбумин или плазму, интралипид, поливитамины.

Введение жидкости не ограничивают, но при этом обязателен контроль за диурезом. При отрицательных значениях диуреза его нормализация достигается приемом салуретиков.