

Пневмонии острые

Farma 19-04-2011 13:26 13 9970

Пневмонии острые - различные по этиологии и патогенезу острые экссудативные воспалительные процессы, локализующиеся в паренхиме и интерстициальной ткани легкого, характеризующиеся клиническими и рентгенологическими признаками уплотнения легочной ткани. Заболеваемость пневмонией резко возрастает в пожилом возрасте. Острая пневмония часто является причиной смерти пожилых людей, развиваясь на фоне других тяжелых заболеваний. В более молодом возрасте острые пневмонии, вызванные различными микроорганизмами, значительно различающимися по патогенности, чувствительности к антибиотикам и другим характеристикам, имеют разный прогноз.

Диагноз острой пневмонии должен быть этиологическим и анатомическим. В настоящее время их классифицируют следующим образом:

I. По этиологии:

1. Бактериальные (с указанием возбудителя).
 2. Вирусные (с указанием возбудителя).
 3. Хламидийные (орнитоз: возбудитель *Chlamydia psittaci*).
 4. Риккетсиозные (Ку-лихорадка; возбудитель *Coxiella burnetii*).
 5. Микоплазменные (возбудитель *Mycoplasma pneumoniae*).
 6. Грибковые (с указанием вида).
 7. Смешанные.
 8. Паразитарные (с указанием вида).
 9. Неустановленной этиологии.
- Пневмониты
10. Аллергические.
 11. Химические (масляные, вызванные токсичными газами).
 12. Физические (лучевые, термические).

II. По патогенезу:

1. Первичные (возникают у ранее здоровых людей; основные возбудители - *Strep. pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* и *Legionella pneumophila*, реже *Chlamidia psittaci* и *Coxiella burnetii*).
2. Вторичные:
 - а) дисциркуляторные (застойные, гипостатические, инфарктные);
 - б) аспирационные;
 - в) обструктивные (в том числе при хроническом обструктивном бронхите);
 - г) травматические;
 - д) послеоперационные;
 - е) септические;
 - ж) другие вторичные.

III. По клинико-морфологической характеристике:

1. Паренхиматозные:
 - а) крупозные;
 - б) очаговые.
2. Интерстициальные.

IV. По локализации и протяженности (одно- и двусторонние; тотальные, долевые, сегментарные, субдольковые, центральные)

V. По тяжести (с учетом выраженности токсикоза, дыхательных и гемодинамических нарушений, местных и других осложнений):

1. Крайне тяжелые.
2. Тяжелые.
3. Средней тяжести.
4. Легкие и abortивные.

VI. По течению:

1. Острые (заканчивающиеся выздоровлением в течение 4 нед).
2. Затяжные.

Этиологическая характеристика острых пневмоний имеет решающее значение для выбора антибактериального препарата, определяющего результат лечения. Этиологию определяют по клиническим и эпидемиологическим данным и лабораторными методами исследования.

Так, возбудителями первичных пневмоний обычно являются пневмококки, микоплазмы и легионеллы, поэтому лечение начинают с парентерального введения бензилпенициллина и эритромицина. Пневмонии у больных хроническим бронхитом обычно вызваны пневмококками, палочкой Пфейффера (*Haemophilus influenzae*) или стафилококком (*St.aureus*), госпитальные пневмонии - грамотрицательными бактериями (*Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, штаммы *Proteus*, *Enterobacter*, *Serratia*), аспирационные - грамотрицательными бактериями и анаэробами (штаммы *Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Peptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Corynebacterium*, *Clostridium*),

вирусно-бактериальные - стафилококками, палочкой Пфейффера, пневмококками. Лабораторное исследование начинают с бактериоскопии специально обработанной мокроты, окрашенной по Граму (проводится в приемном отделении до начала антибактериальной терапии) и количественного микробиологического исследования инфицированного материала (мокрота, лаважная жидкость, кровь, плевральная жидкость). Диагноз вирусных и так называемых атипичных пневмоний, возбудителями которых являются легионеллы, микоплазмы, хламидии и риккетсии, которые, будучи внутриклеточными паразитами или по другим причинам, не обнаруживаются обычными микробиологическими методами, подтверждается серологическими методами выявления специфических антител в парных сыворотках (диагноз достоверен при нарастании титра антител в 4 раза и более через 2 нед после первого исследования при поступлении больного в стационар).

Лечение острых пневмоний

Первоначальная эмпирическая антибактериальная терапия проводится с учетом клинико-эпидемической ситуации и результатов бактериоскопии мазков мокроты, окрашенных по Граму. При неясной этиологии назначают комбинации антибактериальных препаратов с учетом синергизма их действия, возможных побочных эффектов, стремясь максимально расширить спектр их действия. Выбор доз, пути введения, кратности введения антибиотиков определяются тяжестью пневмонии и ее осложнениями. В большинстве случаев прекращают введение антибиотиков через 5-6 дней после стойкой нормализации температуры тела, при условии отсутствия инфицированной мокроты, лейкоцитоза, нормализации лейкограммы.

Для пассивной иммунотерапии используют человеческий иммуноглобулин, специфическую гипериммунную плазму или гамма-глобулин (противогриппозный, противостафилококковый, противосинегнойный, противопротейный и др.).

При тяжелых токсикозах показаны методы экстракорпоральной детоксикации, ультрафиолетовое облучение крови.

Бронхообструктивный синдром при острых пневмониях купируют М-холиноблокаторами (атровент или тровентол). Назначают отхаркивающие или противокашлевые средства.

Контролируют объем циркулирующей крови, электролитный баланс, показатели газообмена и КОС. При развитии таких тяжелых осложнений, как бактериальный шок, РДСВ, ДВС-синдром, проводится соответствующее лечение.

Широко используют физические методы лечения (различные методы физиотерапии, аэроионотерапию), лечебную физкультуру, массаж; желательна ранняя реабилитация в местных или климатических специализированных санаториях.