Лекция по внутренним болезням 4 курс

***ТЕМА: пневмонии.***

Пневмония - заболевание преимущественно инфекционной природы воспалительного характера с вовлечением всех структурных элементов легочной ткани, но с обязательным в процессе альвеол.

Заболеваемость 4 случая на 1000 населения, причем среди городских жителей примерно 4.7, а среди сельских примерно 3.3. Летальность составляет 0.5%. этиология как правило, инфекционная (90%).

Классификация (по этиологии).

***Инфекционные агенты.***

1. Бактериальные

1. пневмококк, но с годами его роль снижается с 60% до 46%
2. стафилококк на первом месте Staphiloccocus aureus
3. стрептококк - чаще зеленящий стрептококк
4. палочка Фридлендера, Клебсиелла - 1%
5. Legionella
6. Pseudomonas aurogenosa - вызывает внутрибольничные пневмонии
7. палочка Афанасьева-Пфейфера
8. туляремия
9. чума

***2. Микоплазменные пневмонии обуславливают от 8 до 30 случаев***

***3. Вирусные пневмонии***

1. вирус гриппа
2. РС-вирус
3. Аденовирусы

***4. Другие причины***

1. микотические пневмонии ( Candida, Actinomyces) - отмечаются чаще у ослабленных лиц, лиц со СПИДом
2. простейшие ( пневмоцистные пневмонии - так называемые СПИД-ассоциированные заболевания)
3. аллергические пневмонии - развиваются по механизму ГНТ на фоне гиперергических реакции, сопровождаются экссудацией
4. пневмонии, вызываемые физическими и химическими факторами ) вследствие ожога, бензиновые, лучевые и т.п.)

Значимость данной классификации, несомненно, велика, ведь, зная причину и применяя этиотропное лечение, мы достигаем лучших результатов.

***Классификация по патогенетическому принципу.***

1. Первичные пневмонии - возникают на фоне неизмененного легкого

2. Вторичные пневмонии - развиваются на фоне другого, внелегочного, заболевания.

Классификация по клинико-морфологическим признакам.

1. Крупозная пневмония ( долевая, плевропневмония) - протекает тяжело. У больного развивается гиперергическая реакция с выраженной экссудацией; болею чаще лица молодого и среднего возраста, так как именно они способны генерировать гиперергическую реакцию. Возбудителем чаще является пневмококк. Термин крупозная пневмония возник потому, что фибрин, выпадающий в осадок, образует круп.

2. Очаговая пневмония (бронхопневмония). Вызывается экзотоксинпродуцирующими возбудителями -стафилококк. Как правило, развитию пневмонии предшествует острый бронхит. На экзотоксин организм реагирует бурной клеточной реакцией ( макрофаги, нейтрофилы), что влечет за собой образование реактивного вала. При ослаблении иммунитета, у пожилых лиц , у тяжелых больных бурной клеточной реакции нет, поэтому развивается несколько очагов, которые впоследствии могут сливаться, образуя там сливные пневмонии, в ряде случаев выполняющие целую долю легкого.

3. Интерстициальные пневмонии - прежде всего здесь вовлекаются в процесс соединительная ткань стенок альвеол, перибронхиальная ткань, соединительная ткань вокруг кровеносных сосудов. Пневмония как правило, вирусная. Этому способствует гематогенная диссеминация вирусов, отсутствие клеточной реакции, отсутствие процессов экссудации. Другой пример интерстициальной пневмонии - микоплазменная пневмония.

Классификация по течению.

1. Остротекущая пневмония - протекающая в течении 3-4 недель

2. Затяжное течение - более 3-4 недель.

Клиническая картина пневмонии.

1. Крупозная пневмония.

1. Синдром уплотнения легочной ткани (усиление голосового дрожания, притупление перкуторного тона, жесткое дыхание, рентгенография подтверждает - инфильтрация)
2. признаки воспаления - лихорадка, признаки интоксикации, развитие острое.
3. Явления бронхита - кашель, присоединяется позже
4. болевой синдром - обусловлен заинтересованностью плевры, выражен ярко.
5. Лабораторные исследования - нейтрофильные лейкоцитоз, ускорения СОЭ, С-РБ, гамма-глобулинемия, повышение ЛДГ3.

2. Очаговая пневмония.

1. Вероятность синдрома уплотнения легочной ткани зависит от размеров очага, глубины его залегания, в данном случае большое значение, зачастую решающее , имеет рентгенография.
2. Болевой синдром , как правило, выражен не резко.
3. Интоксикация выражена незначительно. Само заболевание развивается исподволь, постепенно.
4. Явления бронхита выражены, именно с бронхита и начинается развитие данного заболевания.

Интерстициальная пневмония. Начало стертое, как правило, предшествует вирусная инфекция.

1. Синдром уплотнения легочной ткани выражен нечетко, процесс, как правило двухсторонний, диффузный.
2. Интоксикация выражена
3. болевой синдром отсутствует так как плевра в процесс не вовлекается.

Разобранные выше варианты клиники являются классическими, на дел же мы часто сталкиваемся со смешанными вариантами течения заболевания (например , на предшествующую вирусную инфекцию наслаивается бактериальная), что существенно затрудняет диагностику и лечение. Клиническая картина пневмоний меняется, становится стертой.

Дополнительные методы диагностики.

1. Рентгенография
2. анализ мокроты ( бактериологическое, цитологическое исследование, общие анализ, исследование на ВК)
3. общий анализ крови: бактериальные пневмонии - нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренно СОЭ; вирусные пневмонии - нормальный уровень лейкоцитов, характерен лимфоцитоз.
4. Исследование функции внешнего дыхания - имеет значение при затяжном процессе.

Дифференциальная диагностика проводится с опухолями, туберкулезом.

1. Анамнез
2. Данные рентгенологического исследования
3. Бронхоскопия
4. Анализ мокроты
5. Особенности картины общего анализа крови.

Осложнения пневмоний.

1. Со стороны сердечно-сосудистой системы:

1. острое легочное сердце - на фоне тяжелой пневмонии ( чаще массивной) развивается нарушение микроциркуляторного русла в легких и наступает перегрузка на правые отделы сердца.
2. Острая левожелудочковая недостаточность - развивается вследствие общей интоксикации , проявляется отеком легких
3. острая сосудистая недостаточность - отмечается на фоне выраженной лихорадки при критическом, резком снижении температуры тела.
4. Миокардиты и бактериальные эндокардиты

2. Со стороны органов дыхания: острая дыхательная недостаточность, проявляющаяся в острой нехватке кислорода тканями; проявляется одышкой, выраженным цианозом.

3. Со стороны нервной системы - проявляется острым психозом у лиц, нередко имеющих в анамнезе алкоголизм, развивается делириозный синдром. Также наблюдаются менингиты и энцефалиты, особенно в случаях, когда этиологическим фактором является пневмококк, способный, кстати вызывать первичные поражения мозговых оболочек и мозга

4. Осложнения со стороны ЛОР-органов: отит, мастоидит.

5. Сепсис , который развивается, как правило, у ослабленных лиц, часто осложняется септическим шоком, токсической почкой, гломерулонефритом, гепатитом.

6. Непосредственные осложнения пневмонии со стороны легких:

1. инфекционная деструкция легких - развитие абсцессов нагноительных процессов в легких у лиц с иммунодефицитом
2. плевриты парапневмонические то есть развиваются вместе с пневмонией.
3. Плевриты метапневмонические - развиваются после перенесенной пневмонии . и те и другие могут быть экссудативными и сухими.
4. Затяжное течение пневмонии - инфильтрация не разрешается в течение 3-4 недель, наблюдается разрастание соединительной ткани с развитием пневмосклероза с последующим развитием дыхательной недостаточности.

Лечение пневмоний.

Основные направления в терапии:

1. этиологическое
2. патогенетическое
3. симптоматическое

Так как основная масса пневмоний бактериальные, становится понятным, что ведущее место в их лечении занимает антибактериальная терапия, а на первом месте стоят антибиотики.

Основные принципы назначения антибактериальной терапии:

1. Как можно более раннее начало то есть с момента постановки диагноза

2. Достаточная доза антибиотика и частота его введения

3. Чувствительность возбудителя к препарату .

4. Лечение проводится весь период наличия инфильтрации в легких.

Так как наиболее часто этиологическими факторами, вызывающими пневмонию являются пневмококки, стафилококк, стрептококк, то мы эмпирически назначаем антибиотики широкого спектра действия - препараты пенициллинового ряда. Назначают 6012 млн. Бензилпенициллина натриевой соли в сутки, вводится он каждые 4 часа внутримышечно.

При устойчивость к пенициллину назначаются полусинтетические пенициллины - ампициллин, ампиокс, оксациллин. Дозировка по 1 грамму 4 раза в сутки, внутримышечно.

Если за период 3 дней клинического улучшения не достигнуто, это сигнал к тому, что мы должны сменить антибиотики. Используются так называемые антибиотики 2 ряда: гентамицин, цефалоспорины, макролиды. К концу первой недели мы получаем ответ из лаборатории о чувствительности возбудителя к тому или иному антибиотику, и дальнейшая терапия должная учитывать этот факт.

Сульфаниламиды, как правило, подключаются лишь с 5 -го дня и продолжают лечение до рассасывания инфильтрата ( здесь: бисептол и др.).

патогенетическая терапия.

Цель - разжижение мокроты и ее эвакуация.

Препараты:

1. отхаркивающие средства ( бромгексин, настой алтея, настой термопсиса)
2. разжижающие мокроту вещества ( мукалтин, калий йод, щелочное питье, ферменты)

Также используются иммуномодуляторы (тималин, тимоген, Т-активин).

Симптоматическая терапия.

Используются жаропонижающие, обезболивающие, седативные средства.