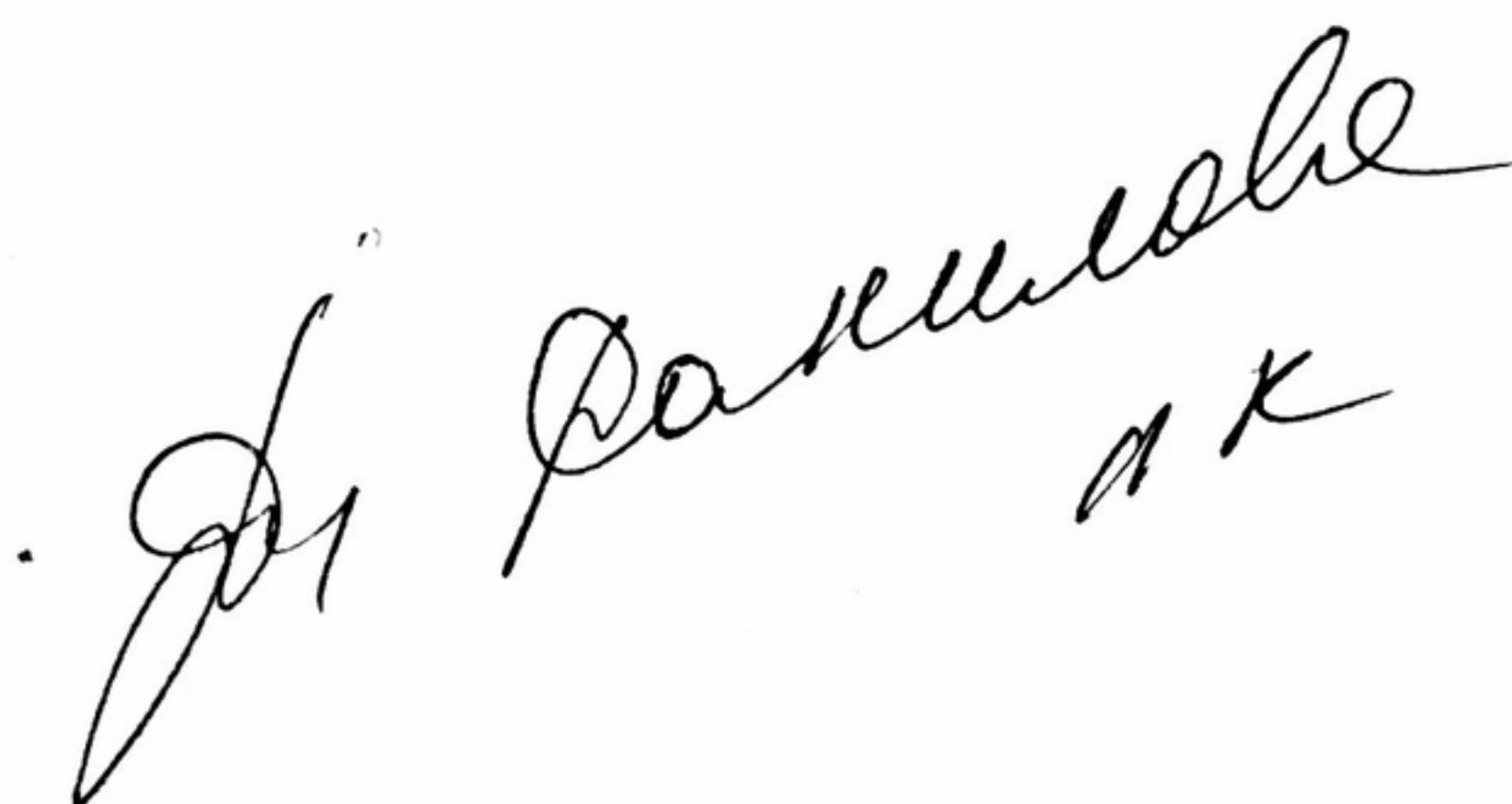


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства Российской Федерации
Кафедра внутренних болезней №2 с курсом ПО.

Проверила: к.м.н. Данилова Л.К.

Реферат: ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ

Выполнила: врач-ординатор терапевт
Рыжова И.В.


И.В. Рыжова
И.К.

2018г

Введение

Пневмония остается одной из самых актуальных проблем современной медицины. До эры антибиотиков диагноз «пневмония» звучал как приговор, а смертность от пневмонии составляла 83%! В настоящее время достигнуты впечатляющие результаты в повышении эффективности терапии, но в структуре летальности пневмония остается на первом месте среди всех инфекционных заболеваний. Данная патология продолжает оставаться не только актуальной медицинской, но и социально-экономической проблемой во всех экономически развитых странах и в России. Это требует от врача первичного звена своевременной диагностики и эффективной тактики ведения пациентов с учетом современных рекомендаций.

Пневмонии – группа различных по этиологии, патогенезу, морфологической характеристике острых инфекционных (преимущественно бактериальных) заболеваний, характеризующихся очаговым поражением респираторных отделов легких с обязательным наличием внутриальвеолярной воспалительной экссудацией.

Заболеваемость пневмонией в России составляет среди взрослого населения около 5—8%, смертность — 2%, но при тяжелом течении пневмонии летальность может достигать 40%. Тяжелое течение внебольничной пневмонии (ВП) связано, как правило, с наличием сопутствующих хронических заболеваний или обусловлено патогенностью возбудителя. Такие пациенты (около 20% всех заболевших) требуют госпитализации в терапевтическое отделение, а в 5% случаев и госпитализации в отделение интенсивной терапии или реанимации.

Пневмонии, не требующие госпитализации, составляют около 75—80% всех случаев ВП, протекают нетяжело, и это позволяет лечить больных амбулаторно. Однако при несвоевременном или неадекватном лечении, особенно на фоне сопутствующей патологии органов дыхания (например, ХОБЛ) пневмония может принимать затяжной характер.

Внебольничная (домашняя, амбулаторная) пневмония, приобретенная во вне больничных условиях, т.е. вне стационара или позднее 4 недель после выписки из него, или диагностированное в первые 48 ч от момента госпитализации, или развившееся у пациента, не находившегося в домах сестринского ухода/отделениях длительного медицинского наблюдения >14 суток, - сопровождающееся симптомами инфекции нижних отделов дыхательных путей (лихорадка, кашель, выделение мокроты, возможно гнойной, боль в грудной клетке, одышка) и рентгенологическими признаками «свежих» очагово-инфильтративных изменений в легких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы.

Этиология

Частые возбудители: *streptococcus pneumoniae*, *mycoplasma pneumoniae*, *chlamidia pneumoniae*, *legionella*. К редким возбудителям относятся: *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*. Среди других возбудителей упоминаются респираторные вирусы (вирусы гриппа типа А и В, парагриппа, аденовирус и респираторный синцитиальный вирус) и ТОРС-ассоциированный коронавирус, метапневмовирус. В очень редких - *Pseudomonas aeruginosa* (при муковисцидозе и бронхоэктазах).

Патогенез

Причинами развития воспалительной реакции являются снижение эффективности защитных механизмов, массивность дозы микроорганизмов и/или их повышенная вирулентность. Основные патогенетические механизмы: аспирация секрета ротоглотки, вдыхание аэрозоля, содержащего микроорганизмы, гематогенное распространение микроорганизмов из внелегочного очага инфекции (эндокардит, септический тромбофлебит) и непосредственное распространение инфекции из соседних пораженных

органов (абсцесс печени) или в результате инфицирования при проникающих ранениях грудной клетки.

При повреждении механизмов «самоочищения» трахеобронхиального дерева, например, при вирусной респираторной инфекции, когда нарушается функция ресничек эпителия бронхов и снижается фагоцитарная активность альвеолярных макрофагов, создаются благоприятные условия для развития внебольничной пневмонии.

Классификация

Таблица 22 - Критерии степени тяжести пневмоний

Признак	Легкая степень тяжести	Средняя степень тяжести	Тяжело течение
Температура	До 38,0°C	38-40°C	>40°C или <35°C
ЧДД в мин.	До 20	20-30	>30
ЧСС в мин.	До 90	90-125	>125
АД	норма	норма или склонность к гипотонии	САД <90 мм рт.ст., ДАД <60 мм рт.ст.
Интоксикация	Умеренно выраженная	Выраженная	Резко выраженная
Сознание	Ясное, адекватное	Ясное, адекватное	Нарушено
Лабораторные данные	Умеренный лейкоцитоз, повышение СОЭ	Лейкоцитоз со сдвигом влево	лейкопения <4×10 ⁹ /л или гиперлейкоцитоз >25×10 ⁹ /л
Объем поражения	1-2 сегмента	>2 сегментов, но менее 1 доли	Более 1 доли
Осложнения	Нет	Допускается наличие фибринозного плеврита	Часто

Клиника пневмоний

Подозрение на пневмонию должно возникать при наличии у больного лихорадки в сочетании с жалобами на кашель, одышку, отделение мокроты и/или боли в грудной клетке, на немотивированную слабость, утомляемость, сильное потоотделение по ночам. Среди других проявлений заболевания могут быть: нарушения сознания (спутанность, возбуждение, сопор и т.д.), кожные проявления (петехиальная сыпь, кровоизлияния, герпес, желтуха), сосудистые реакции (тахи- или брадикардия, нестабильная гемодинамика). К типичным клиническим синдромам пневмонии относят: лихорадочный, интоксикационный, синдром инфильтрации легочной ткани, синдром

активности воспалительного процесса, бронхитический, синдром плевральных болей

Диагностика

Дополнительное обследование больных включает:

1. Микробиологическое исследование мокроты, включающее окраску мазка по Граму, посев мокроты с определением чувствительности к антибиотикам.

2. Рентгенотомография, компьютерная томография (при поражении верхних долей, лимфатических узлов, средостения, уменьшении объема доли, подозрении на абсцедирование при неэффективности адекватной антибактериальной терапии).

3. Серологическое исследование, включающее определение антител к грибкам, микоплазме, хламидии, легионелле, цитомегаловирусу.

4. Биохимическое исследование крови при тяжелом течении пневмонии включает определение почечной, печеночной недостаточности, декомпенсации сахарного диабета.

5. Бронхологическое исследование проводится при отсутствии эффекта от адекватной терапии пневмоний, при подозрении на рак легких, инородное тело, в том числе при аспирации и с целью выполнения биопсии.

Показания для госпитализации: среднетяжелое и тяжелое течение, затяжное течение. А также легкое течение у лиц старше 70 лет, имеющих хронические заболевания (ХОБЛ, ИБС с застойной сердечной недостаточностью, сахарный диабет, ХПН, получавших длительно цитостатики или ГКС, алкоголизм, наркомания. Критериями для госпитализации являются также: неэффективность амбулаторного лечения в течение 3-х дней, спутанность сознания, возможная аспирация, число дыханий более 30 в минуту, нестабильная гемодинамика, септический шок, инфекционные метастазы, многодолевое поражение, экссудативный плеврит, абсцедирование, лейкопения менее $4 \times 10^9/\text{л}$ или лейкоцитоз более $20 \times 10^9/\text{л}$, анемия – гемоглобин менее 91/л, социальные показания.

Лечение пневмоний

Таблица 23. Выбор антибиотиков при внебольничной пневмонии

Особенности нозологической формы	Основные возбудители	Препараты выбора
Больные без сопутствующих заболеваний, не принимавшие последние 3 месяца antimicrobные препараты. Лечение на дому	<i>S.pneumoniae</i> <i>M.pneumoniae</i> <i>H.influenzae</i> <i>S.pneumoniae</i>	Амоксициллин или Современные макролиды (азитромицин, кларитромицин)
Больные с сопутствующими заболеваниями или		Амоксициллин/клавуланат Амоксициллин/сульбактам+ макролид

принимавшие последние 3 месяца антимикробные препараты. Лечение на дому		Или Респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин, гемифлоксацин) внутрь
Нетяжелое течение. Лечение в отделении общего профиля	S.pneumoniae M.pneumoniae H.influenzae Enterobacteriaceae Legionella spp. C.pneumoniae	В-лактамы (амоксциллин/клавуланат, цефтриаксон, цефотоксим)+макролид (в/в) Или Респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин)
Тяжелое течение независимо от возраста. Лечение в ОРИТ	S.pneumoniae Legionella spp. Enterobacteriaceae S.aureus C.pneumoniae	В-лактамы (амоксциллин/клавуланат, цефтриаксон, цефотоксим)+макролид (в/в) Или Респираторные фторхинолон +цефалоспорины III (цефтриаксон, цефотоксим)

Прогностически очень важным является быстрое, не позже 4 ч после постановки диагноза, начало антимикробной терапии. Необходимо помнить, что никакие диагностические исследования не должны быть причиной задержки с началом антибактериальной терапии.

Критерии эффективности антибактериальной терапии.

Первоначальная оценка эффективности терапии должна проводиться через 48-72 часа после начала лечения. Основными критериями эффективности в эти сроки являются снижение температуры тела, уменьшение симптомов интоксикации, одышки и других проявлений дыхательной недостаточности. Если у пациента сохраняется высокая лихорадка и интоксикация или симптоматика прогрессирует, то лечение следует признать неэффективным. В этом случае необходимо пересмотреть тактику антибактериальной терапии.

Критерии адекватности антибактериальной терапии ВП: температура тела $<37,5^{\circ}\text{C}$, отсутствие интоксикации, дыхательной недостаточности (ЧДД <20 в минуту), гнойной мокроты, отрицательной динамики на рентгенограмме, лейкоциты крови менее $10 \times 10^9/\text{л}$.

Длительность терапии

При неосложненной внебольничной пневмонии антибиотикотерапия может быть завершена по достижении стойкой нормализации температуры тела в течение 4 дней. При наличии клинических и/или эпидемиологических данных о микоплазменной, хламидийной или легионеллезной пневмонии

продолжительность антибактериальной терапии должна быть большей из-за риска рецидива инфекции - 2-3 нед.

Сохранение отдельных клинических, лабораторных и/или рентгенологических признаков не является абсолютным показанием к продолжению антибактериальной терапии. В большинстве случаев разрешение этих признаков происходит самостоятельно с течением времени.

Профилактика

В настоящее время с целью специфической профилактики ВП используются пневмококковая и гриппозная вакцина, которые могут вводиться одновременно (в разные руки). Выделяют следующие целевые группы для проведения вакцинации: лица старше 50 лет, лица, проживающие в домах длительного ухода для престарелых, врачи и медсестры и другой персонал больниц и амбулаторных учреждений, сотрудники отделений длительного ухода, члены семей лиц, входящих в группы риска. Оптимальное время для проведения вакцинации – это октябрь – первая половина ноября. Вакцинация проводится ежегодно.

Реабилитация

Пациенты, перенесшие пневмонию должны находиться на диспансерном наблюдении, которое включает исследование системы вентиляции, рентгенография грудной клетки, консультация пульмонолога, фтизиатра и реабилитационные мероприятия: исключение курения, занятия лечебной физкультурой, немедикаментозные методы лечения, ингаляции с бронхолитиками, адаптогены внутрь, физиопроцедуры, санаторно-курортное лечение.

Диспансеризация

Пациенты, перенесшие пневмонию подлежат диспансерному наблюдению, которое включает осмотр терапевта 1 раз в 3 месяца, пульмонолога 2 раза (при постановке на учет и в конце года), исследование функции внешнего дыхания, рентгенография грудной клетки, клинический анализ крови, общий анализ мокроты (если она есть), по показаниям: компьютерная томография (КТ), консультация аллерголога.

Критерии качества оказания медицинской помощи

Для оценки качества оказания медицинской помощи пациентам с внебольничной пневмонией рекомендуются использовать следующие критерии:

1. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки всем пациентам с признаками пневмонии
2. Бактериологическое исследование мокроты (у всех госпитализированных больных) до назначения антибиотиков
3. Бактериологическое исследование крови (при тяжелой пневмонии) до назначения антибиотиков

4. Начало антибактериальной терапии в течение 4 часов с момента госпитализации и в течение 1 часа при тяжелой пневмонии с осложнениями (септического шока)

5. Соответствие стартового режима антибактериальной терапии национальным или составленным на их основе локальным рекомендациям/стандартам терапии

6. Использование ступенчатой антибактериальной терапии

7. Наличие рекомендаций по вакцинации пневмококковой вакциной и гриппозной вакциной (в осенне-зимний сезон)

ИХ
ИХ С

ОВ

Литература

1. Внутрибольничные инфекции / Под ред. Р.П. Венцела. - М.: Медицина, 2003 - 156 с.
2. Синопальников А.И. // Респираторная медицина / Под ред. А.Г. Чучалина. В 2_х т. М., 2007. Т. 1. С. 474-509.
3. Журнал «Пульмонология и аллергология» вып. 4, 2012 год. Статья «Патологическая анатомия пневмонии». Авторы: А.Л. Черняев, М.В. Самсонова. С. 46-49
4. Чучалин А. Г., Синопальников А. И., Страчунский Л. С. Пневмония. М., 2006

Рецензия
на реферат «Внебольничная пневмония»
ординатора кафедры Внутренних болезней №2 с курсом ПО
Рыжовой Ирины Валерьевны

Внебольничная пневмония относится к актуальным проблемам клиники внутренних болезней, при этом только 20 % случаев заболевания оказываются поводом для госпитализации.

Внебольничная пневмония - одна из самых распространенных во всем мире нозологий, имеющих неблагоприятный прогноз. Вместе с тем, обилие пациентов и высокая частота ассоциированных с ней состояний объективно делают заболевание предметом ежедневной практической деятельности врачей разных специальностей и, прежде всего, первичного звена.

Целью данного реферата является изучение новых литературных данных о новшествах в диагностике, лечении и профилактике внебольничной пневмонии на амбулаторном этапе.

Реферат соответствует всем требованиям. Тема раскрыта в полном объеме. Информация изложена в соответствующем формате для данного вида работ.



К.м.н. Данилова Л.К.