

КРУПОЗНАЯ ПНЕВМОНИЯ

Крупозная пневмония — острое инфекционно-аллергическое заболевание, при котором поражается одна или несколько долей легкого (долевая, лobarная пневмония), в альвеолах появляется фибринозный экссудат (фибринозная, или крупозная, пневмония), а на плевре — фибринозные наложения (плевропневмония).

Крупозную пневмонию рассматривают как самостоятельное заболевание. Болеют преимущественно взрослые, редко — дети.

Характеризуется тяжестью течения, острым началом (классическая крупозная пневмония), массивностью поражения (долевая плевропневмония).

ЭТИОЛОГИЯ

- ⦿ Возбудителем болезни являются пневмококки I, II, III и IV типов. Пневмококковая пневмония наиболее часто встречается у первоначально здоровых людей в возрасте от 20 до 50 лет, тогда как долевая пневмония, вызванная *Klebsiella* (Пневмония Фридлендера) обычно развивается у стариков, диабетиков и алкоголиков.
- ⦿ Острое начало крупозной пневмонии среди полного здоровья и при отсутствии контактов с больными, как и носительство пневмококков здоровыми людьми, позволяет связать ее развитие с аутоинфекцией. Однако в патогенезе крупозной пневмонии велико значение и сенсibilизации организма пневмококками и разрешающих факторов в виде охлаждения.

Патогенез.

- Связан с проникновением возбудителя (который в норме должен элиминироваться с помощью системы мукоцилиарного клиренса) чаще бронхолегочным путем, последующей его фиксацией на слизистой оболочке бронхов, инвазией, колонизацией и выработкой токсинов, что в сочетании с предрасполагающими факторами приводит к развитию воспаления. Воспаление легочной ткани происходит по типу экссудативного, т. е. обязательным компонентом заболевания является наличие в альвеолах воспалительного выпота. Воспалительный процесс вызывает появление общевоспалительных и местных симптомов, степень выраженности которых зависит как от реактивности организма, так и от объема поражения легочной ткани и других факторов.

Клиника.

- Типичная крупозная пневмония начинается остро.
- При опросе обязательно уточняется, какие факторы предшествовали развитию заболевания. Появляются лихорадка гектического типа – температура тела достигает 40 °С, головная боль, выраженная слабость, недомогание. Имеются жалобы на сухой кашель и иногда (при близком расположении воспалительного очага к плевре) боли в грудной клетке колющего характера, усиливающиеся при глубоком дыхании и несколько стихающие в положении на больном боку. Через сутки сухой кашель сменяется на отделение мокроты с примесью крови ржавого цвета, количество которой вначале не очень значительно. Стоит отметить, что клиническая картина соответствует трем патолого-анатомическим стадиям развития процесса. Описанные жалобы соответствуют первой стадии – приливу.

Морфогенез

- Эта пневмония является классическим примером острого воспаления и состоит из четырех стадий:
- **Стадия прилива.** Первая стадия длится 24 часа и характеризуется заполнением альвеол богатым белками экссудатом и венозным застоем в легких. Легкие становятся плотными, тяжелыми, отечными и красными.
- **Стадия красного опеченения.** На второй стадии, которая длится от 2 до 4 дней, наблюдается массивное накопление в просвете альвеол эритроцитов и полиморфноядерных лейкоцитов с небольшим количеством лимфоцитов и макрофагов, между клетками выпадают нити фибрина, т.е. экссудат является фибринозно-геморрагическим. Часто плевра над очагом поражения покрывается фибринозным экссудатом. Легкие становятся красными, плотными и безвоздушными, напоминая по консистенции печень.

- ◎ **Стадия серого опеченения.** Эта стадия также может длиться несколько дней и характеризуется накоплением фибрина и разрушением эритроцитов в экссудате, который становится фибринозно-гнойным из-за появления в нем большого количества нейтрофилов. Легкие на разрезе становятся серо-коричневыми и плотными.
- ◎ **Стадия разрешения.** Четвертая стадия начинается на 8-10 сутки заболевания и характеризуется резорбцией экссудата, ферментативным расщеплением воспалительного детрита и восстановлением просвета альвеол. Фибринозный экссудат под влиянием протеолитических ферментов нейтрофилов и макрофагов подвергается расплавлению и рассасыванию. Происходит очищение легкого от фибрина и микроорганизмов: экссудат элиминируется по лимфатическим дренажам легкого и с мокротой. Фибринозные наложения на плевре рассасываются. Стадия разрешения растягивается иногда на несколько дней после клинически безлихорадочного течения болезни.

Осмотр

- Уже на первой стадии крупозной пневмонии состояние больного тяжелое. Больной находится в постели из-за выраженной слабости и недомогания. Возможно появление герпетических высыпаний на лице (губах, крыльях носа). Носо-губный треугольник бледный.
- Частота дыхательных движений составляет 35–40 в мин. Половина грудной клетки, соответствующая воспалительному очагу, отстает в акте дыхания. Возможно появление спутанности сознания.

● Пропедевтика внутренних болезней - Гребенев А.Л.

Перкуссия и Пальпация

- В первой стадии определяется зона притупления, соответствующая доле или сегменту легкого. Во второй стадии над этой зоной определяется тупой звук, а в стадии разрешения он вновь становится притупленным.
- Усиление голосового дрожания, которое достигает максимальных значений во вторую стадию заболевания.

Аускультация

- Первая стадия – ослабленное везикулярное дыхание, начальная крепитация; вторая – бронхиальное дыхание, усиление бронхофонии, мелкопузырчатые влажные хрипы, шум трения плевры; третья стадия – ослабленное везикулярное дыхание, крепитация разрешения.

Лабораторные методы исследования

ОАК: увеличение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Микроскопия, а затем посев мокроты на питательную среду позволяют определить возбудителя заболевания и его чувствительность к антибиотикам.

При **рентгенологическом исследовании** выявляется участок затемнения, соответствующий доле или сегменту легкого (это позволяет уточнить диагноз, полученный по данным клинического обследования).

Лечение

- С первых часов заболевания назначают сердечнососудистые средства, антибиотики и сульфаниламидные препараты.
- Как седативные (успокаивающие) средства назначают препараты брома, валерианы.
- Симптоматическая терапия: кодеин при сильном кашле в начале заболевания, термопсис и другие отхаркивающие средства в период отхождения мокроты.
- Пропедевтика внутренних болезней - Гребенев А.Л.

ПРОФИЛАКТИКА

- К профилактическим мероприятиям относятся закаливание организма, рациональная физическая культура. Следует остерегаться переохлаждений, соблюдать гигиену труда на предприятиях химической, сталелитейной промышленности и др.
- Пропедевтика внутренних болезней - Гребенев А.Л.

Прогноз

- При пневмонии прогноз определяется рядом факторов: вирулентностью возбудителя, возрастом пациента, фоновыми заболеваниями, иммунной реактивностью, адекватностью лечения.
- Неблагоприятны в отношении прогноза осложненные варианты течения пневмоний, иммунодефицитные состояния, устойчивость возбудителей к антибиотикотерапии.
- Особенно опасны пневмонии у детей до 1 года, вызванные стафилококком, синегнойной палочкой, клебсиеллой: летальность при них составляет от 10 до 30%.
- При своевременных и адекватных лечебных мероприятиях пневмония заканчивается выздоровлением. По вариантам изменений в легочной ткани могут наблюдаться следующие исходы пневмонии:
 - полное восстановление структуры легочной ткани - 70 %;
 - формирование участка локального [пневмосклероза](#) - 20 %;
 - формирование участка локальной карнификации – 7%;
 - уменьшение сегмента или доли в размерах – 2%;
 - сморщивание сегмента или доли – 1%.