

Пневмония.

***Выполнила:**
Матусявичюс Владислава
1 курс 264 группа.

Пневмония.

Пневмония-это воспалёние лёгких – воспаление лёгочной ткани, как правило, инфекционного происхождения с преимущественным поражением альвеол (развитием в них воспалительной экссудации) и интерстициальной ткани лёгкого.

Классификация.

Классификация

I. По клинически-анатомическим признакам:

1. Паренхиматозная:

- долевая (крупозная);
- очаговая (бронхопневмония).

2. Интерстициальная.

II. По расположению очага и распространённости:

1. Односторонняя (лево- , правосторонняя):

- тотальная,
- долевая,
- сегментарная,
- субдольковая,
- центральная (прикорневая).

2. Двусторонняя (с указанием протяженности).

III. По степени тяжести:

- тяжёлая,
- средней степени тяжести,
- лёгкая.

IV. По течению:

- острая,
- затяжная (свыше четырёх недель).

Классификация пневмоний с учётом внешних условий возникновения заболевания, особенности инфицирования, иммунологического состояния организма:

1. Внебольничная - заболевание развивается за пределами лечебного учреждения.
2. Госпитальная (нозокомиальная) - при госпитализации больного с другим заболеванием в течение двух-трёх суток возникает пневмония, или пневмония развивается через сутки после завершения стационарного лечения.
3. Аспирационная пневмония.
4. Пневмония у больных с нарушениями иммунитета различной степени выраженности.

Этиология пневмонии.

Пневмония отличается своей полиэтиологичностью, т.е. причин, вызывающих болезнь множество. Воспалительный процесс бывает как неинфекционного, так и инфекционного характера. Пневмония развивается в виде осложнения основного заболевания либо протекает изолированно, как самостоятельная болезнь.

Бактериальная инфекция стоит на первом месте среди факторов, провоцирующих поражение легочной ткани. Начало воспаления также может вызвать вирусная или смешанная (бактериально-вирусная) инфекция.

Основные возбудители болезни:

Грамположительные микробы: пневмококки (*Streptococcus pneumoniae*) - 70-96%, стафилококки (*Staphylococcus aureus*) - не больше 5%, стрептококки (*Streptococcus pyogenes* и другие менее распространенные виды) - 2,5%.

Грамотрицательные энтеробактерии: клебсиелла (*Klebsiella pneumoniae*) - от 3 до 8%, синегнойная палочка (*Pseudomonas aeruginosa*) и палочка Пфейффера (*Haemophilus influenzae*) - не больше 7%, легионелла (*Legionella pneumophila*), палочковидная кишечная бактерия (*Escherichia coli*) и т. д. - до 4,5%.

Микоплазма (*Mycoplasma pneumoniae*) - от 6% до 20%.

Различные вирусы: аденовирусы, пикорнавирусы, вирусы гриппа или герпеса, на них приходится 3-8%.

Грибы: кандида (*Candida*), диморфный дрожжевой грибок (*Histoplasma capsulatum*) и другие.

Причины неинфекционной природы, способствующие развитию пневмонии:

Вдыхание отравляющих веществ удушающего типа (хлорофос, пары керосина, бензина, нефти).

Травмы грудной клетки (компрессионное сдавление, удары, ушибы).

Аллергены (пыльца растений, пыль, микрочастицы шерсти животных, некоторые лекарства и т. п.).

Ожоги дыхательных путей.

Лучевая терапия, применяющаяся в качестве метода лечения онкологии.

Острая пневмония может быть обусловлена возбудителем основной опасной болезни, на фоне которой она развивается, к примеру сибирской язвы, кори, скарлатины, лептоспироза и других инфекций.

Факторы, повышающие риск развития пневмонии.

У детей младшего возраста:

1. иммунодефицит наследственного характера;
2. внутриутробная асфиксия либо гипоксия плода;
3. врожденные аномалии развития легких или сердца;
4. муковисцидоз;
5. гипотрофия;
6. травмы в процессе тяжелых родов;
7. пневмопатия.

У подростков:

1. раннее курение;
2. хронические очаги инфекции в пазухах носа, носоглотке;
3. кариес;
4. муковисцидоз;
5. приобретенный порок сердца;
6. ослабление иммунитета вследствие часто повторяющихся вирусных и бактериальных инфекций.

У взрослых:

1. хронические болезни респираторного тракта - бронхов, легких;
2. курение;
3. алкоголизм;
4. декомпенсированная стадия сердечной недостаточности;
5. патологии эндокринной системы;
6. наркомания. особенно вдыхание наркотического средства через нос;

Клиника.

Легочные проявления пневмонии:

- одышка;
- кашель;
- выделение мокроты (слизистая, слизисто-гнойная, «ржавая»)
- боль при дыхании;
- локальные клинические признаки (притупление перкуторного звука, бронхиальное дыхание, крепитирующие хрипы, шум трения плевры);
- локальные рентгенологические признаки (сегментарные и долевы́е затемнения).

Внелегочные проявления пневмонии:

- лихорадка;
- ознобы и потливость;
- головная боль;
- цианоз;
- кожная сыпь, поражения слизистых;
- изменения со стороны крови (лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, повышение СОЭ).

У детей характерно повышение температуры тела 38- 39 градусов С, проявления интоксикации: ухудшение общего состояния, головная боль, снижение аппетита, нарушение сна, бледность кожи, вегетативно-сосудистые расстройства (потливость, мраморный рисунок кожи, холодные конечности при высокой температуре тела). Кашель чаще бывает влажным. Выражена одышка в покое, у детей старше 3 лет она иногда наблюдается только при физической нагрузке. При вовлечении в процесс плевры возникает «короткий» (поверхностный) кашель, боли в боку усиливающиеся при глубоком дыхании и кашле. Для пневмонии характерны мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы над очагами поражения. Отмечаются изменения крови: лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом формулы влево, повышения СОЭ. У детей первого года жизни в клинике преобладают симптомы интоксикации (беспокойство или вялость, отказ от еды, бледность и «мраморность» кожи), дыхательной недостаточности (одышка с раздуванием крыльев носа, цианоз носогубного треугольника). Быстро развивается гипоксия, ацидоз. Присоединяются сердечно-сосудистые нарушения: тахикардия, глухость тонов сердца, отмечается расстройство функций желудочно-кишечного тракта (рвота, срыгивание, жидкий стул).

Обследование больных пневмонией

При осмотре обращают внимание на бледность кожных покровов, цианоз. У больных с подавленным иммунитетом можно обнаружить герпетические высыпания на губах. У лиц с тяжёлым течением болезни и пожилых людей возможны расстройства сознания и бред. Участие вспомогательной дыхательной мускулатуры, раздувание крыльев носа свидетельствуют о развитии дыхательной недостаточности. Дыхание может учащаться до 25-30 в минуту, иногда можно заметить отставание поражённой половины грудной клетки при дыхании. Для крупозной пневмонии характерно резкое повышение температуры тела до фебрильных значений, снижается температура критически. При бронхопневмонии характер температурной кривой непостоянен, снижение её чаще литическое.

- Пальпация.
- Перкуссия.
- Аускультация.
- Рентгенологическое исследование пневмонии.
- Фибробронхоскопия.
- Щёточная биопсия.

Вспомогательные методы обследования:

- РКТ.
- ЭКГ.
- Исследование ФВД.
- Лабораторная диагностика:
- Общий анализ крови .
- Исследование мокроты.
- Исследование газового состава артериальной крови.

Лечение пневмонии.

Используются препараты, расширяющие бронхи и разжижающие мокроту — внутрь или в виде ингаляций, кортикостероиды, внутривенные солевые растворы, кислород. Иногда выполняется плевральная пункция и бронхоскопия. Часто используется физиотерапия: уфо, вибрационный массаж, лфк, парафин, озокерит.

При неопределённом типе возбудителя в антибиотикотерапии внебольничной пневмонии применяют сочетание защищённых пенициллинов и цефалоспоринов (то есть антибиотики широкого спектра), макролидов, тиенам меропенем. При неэффективности терапии производят замену антибиотика. Критерием успешности терапии является анализ мокроты и данные рентгенографии грудной клетки.

Полусинтетические пенициллины (в т.ч. с клавулановой кислотой): Амоксициллин (Хиконцил, Флемоксин Солютаб), комбинация амоксициллина и клавуланата калия (Амоксиклав, Ко-Амоксиклав, Аугментин), Ампициллин, комбинация ампициллина и сульбактама (Сулациллин, Уназин), Оксациллин, Тиментин (комбинация тикарциллина и клавуланата), Тазоцин (пиперациллин и тазобактам), Ампиокс или Оксамп (ампициллин и оксациллин). Цефалоспорины: Существуют 4 поколения препаратов. I поколение в настоящее время не используется. II поколение: Цефутоксим (Кетоцеф, Зинацеф), Цефаклор (Цеклор), Зиннат (Цефутоксим Аксетил). Более активная группа - III поколение: Цефотаксим (Клафоран), Цефтриаксон (Форцеф, Лендацин, Цефтриабол, Роцедин), Цефтазидим (Кефадим, Фортум), Цефоперазон (Цефобид), Сульперазон (цефоперазон и сульбактам), Цефиксим (Супракс, Цефспан), Цефтибутен (Цедекс). Самая активная и устойчивая группа из цефалоспоринов - IV поколение: Цефепим (Максипим), Цефпиром.