

# Тема: Лечение дислипидемии

Выполнила: Сейтжан Ж

# Этиология пневмоний у иммунокомпromетированных больных.

- Среди вирусов, способных стать причиной пневмонии у этой категории больных детей, следует, прежде всего, назвать вирус цитомегалии (ЦМВ), который особенно часто становится причиной пневмонии у больных СПИДом. Кроме ЦМВ, причиной ГП у иммунокомпromетированных пациентов могут стать Herpes simplex virus, Varicella zoster virus и Enteroviruses. Основные невирусные патогены представлены в табл. 4..

# Бактериальная и грибковая этиология ВП у иммунокомпрометированных больных

Группы больных	Патогены
Недоношенные дети	<i>Pneumocysta carinae</i> , <i>U. urealitica</i> , <i>M. spp.</i>
Больные нейтропенией	Грамотрицательные энтеробактерии, грибы рода <i>Candida</i> , <i>Aspergillus</i> , <i>Fusarium</i>
Больные с первичным клеточным иммунодефицитом	<i>Ps. Aeruginosa</i> , грибы рода <i>Candida</i>
Больные с первичным гуморальным иммунодефицитом	Пневмококк, Стафилококки, Энтеробактерии
Больные с приобретенным иммунодефицитом (СПИД)	<i>Pneumocysta carinae</i> , Цитомегаловирус, Микобактерии туберкулеза, <i>Candida spp</i>

# **Классификация пневмоний.**

**Внебольничная пневмония – это наиболее частый вид пневмонии, который не подпадает под нижеперечисленные варианты. Именно о современных особенностях этой пневмонии идет речь в данной статье.**

- 2. Госпитальная или нозокомиальная пневмония развивается спустя 48 и более часов после госпитализации и связана с внутрибольничной инфекцией.**
- 3. Аспирационная пневмония возникает от вдыхания содержимого желудка полости рта. Специфика этой пневмонии определяется микроорганизмами составляющими флору полости рта пациента и воздействием на легкие желудочного сока.**
- 4. Пневмония у лиц с тяжелым иммунодефицитом. Здесь первую скрипку играют грибы, условно-патогенные вирусы и бактерии.**

# *Клиническая картина*

К типичным возбудителям пневмонии относятся: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, и *Moraxella catarrhalis*; эти три возбудителя ответственны за развитие 85% случаев внебольничной пневмонии. Клиническая картина пневмонии включает развитие следующих симптомов с острым началом:

1. Кашель.
2. Одышка.
3. Лихорадка, озноб.
4. Гнойная мокрота.
5. Плевритическая боль в грудной клетке, т.е. боль, в грудной клетке усиливающая преимущественно на вдохе.

К наиболее частым причинам развития атипичной пневмонии относятся так называемые атипичные её возбудители: микоплазма, хламидия, легионелла. Атипичная внебольничная пневмония чаще манифестирует подострыми симптомами. При атипичной пневмонии встречаются:

1. Нарушение сознания.
2. Выраженные головные боли.
3. Боль в ушах.
4. Миалгии.
5. Диарея.
6. Высыпания на коже.
7. Фарингит.
8. Кровохаркание.
9. Спленомегалия.
10. Брадикардия.

- Симптомы пневмонии неспецифичны, по самим симптомам поставить диагноз невозможно. К объективным находкам типичным для пневмонии относятся влажные хрипы (крепитация) и притупление перкуторного звука в зоне пневмонии.

## Диагностика.

- Минимальная и обязательная программа обследования при пневмонии включает:
  - 
  - 1. Рентгенографию легких.
  - 2. Общий анализ крови.



Согласно принятым в мировой медицине представлениям диагноз пневмония правомочен, когда на рентгенограмме легких определяется феномен инфильтрации (картина уплотнения легочной ткани). Именно феномен инфильтрации подтверждает вовлечение в патологический процесс альвеол.

- Однако, не всегда инфильтрация при пневмонии видна на рентгене. Особенно в первые сутки от начала заболевания и у лиц страдающих от обезвоживания. При наличии других признаков пневмонии, отсутствие инфильтрации на рентгене делает диагноз пневмонии неполным, но достаточным для назначения антибактериальной терапии. Пневмония невидимая на рентгеновском снимке может быть выявлена на КТ, однако КТ неоправдана для поиска банальной пневмонии невидимой снимке.

- В общем анализе крови при пневмонии выявляется лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ.

# Дополнительные тесты:

- 1. Анализ мокроты с микроскопией на микобактерии туберкулеза обязательно необходим в тех странах, где высока распространенность туберкулеза.
- 2. Посев мокроты не является тестом обязательным при пневмонии. Во-первых, мокрота выделенная пациентом через рот неизбежно контаминируется микрофлорой полости рта и потом невозможно определить выделенный микробов пришел в посев из легких и является возбудителем пневмонии, или он невинный свидетель, мирно живущий в полости рта. Во-вторых, многие возбудители пневмонии не высеваются. В-третьих, посев делается не менее недели, а лечить пациента от пневмонии надо сразу. Поэтому при внебольничных пневмониях лечение назначается эмпирически, а посев применяется при неэффективности эмпирического лечения, при тяжелых пневмониях.
- 3. Дополнительные тесты, назначаемые по индивидуальным показаниям включают: общий анализ мочи, креатинин, печеночные пробы, ЭКГ, спирографию.

# Лечение.

- Тактика лечения внебольничной пневмонии определяется тяжестью состояния и факторами, которые модифицируют течение пневмонии и повышают риск осложнений.
- 
- К факторам, определяющим неблагоприятный прогноз при пневмонии, относятся: возраст старше 65 лет, заболевания сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, эндокринной системы (сахарный диабет, ожирение, лишний вес), иммунодефицит, онкогематологическая патология.

- Легкая пневмония у в остальном здоровых лиц, чаще всего, вызвана с типичными возбудителями и может лечиться в домашних условиях одним пероральным антибиотиком. Препараты выбора: аминопенициллины (например, амоксицилин), макролиды. Эффективность антибиотика означает наступление клинического улучшения в течение 24-72 часов, если таковое не наступило, необходима смена антибиотика. Минимальная длительность лечения пневмонии составляет 5-7 дней в случае достижения эффекта от первого антибиотика.
- 
- При средней тяжести или тяжелом течении пневмонии на фоне модифицирующих факторов необходима госпитализация с назначением более мощных антибиотиков: защищенные аминопенициллины (например, амоксициллин + клавуланат), цефалоспорины, респираторные фторхинолоны и др

Проблему нарастающей антибиотикорезистентности бактерий может притормозить лишь обоснованное назначение антибиотиков вообще и при пневмонии в частности:

- 1. Не следует всем, и сразу назначать самый мощный антибиотик. Нет ничего зазорного в том, чтобы вылечить легкую пневмонию банальным амоксициллином за неделю.
- 2. Не следует назначать для лечения пневмонии антибиотик, который пациент до этого принимал по любому поводу на протяжении последних трех месяцев, в связи с риском развития резистентности.
- 3. Фторхинолоны – препараты резерва для лечения пневмонии, их назначение возможно лишь при надежном исключении туберкулеза.

- После лечения пневмонии обязателен рентген-контроль. Разрешение или радикальная положительная динамика инфильтрации повод исключить связь инфильтрации с туберкулезом и онкологией. Сроки выполнения контрольного снимка индивидуальны и зависят от медицинских и формальных факторов. Так, нахождение пациента на больничном листе или в стационаре требует выполнения контрольного снимка в весьма сжатые сроки – 10-14 дней. В рекомендациях развитых стран рентген-контроль необязателен, если и рекомендуется, то через 6 недель, т.к. пневмоническая инфильтрация дает наиболее убедительную динамику или разрешается именно на этом сроке. Надо понимать, что высокая частота туберкулеза в наших условиях не позволяет слепо копировать принципы ведения пневмонии принятые в развитых странах, где распространенность туберкулеза на порядок ниже.



# Литература.

- 1. Здоровье детей России/ Под редакцией А.А. Баранова.- М., 1999.- С. 66–68, 116–120.
- 2. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за январь-декабрь 2001 года/ Эпидемиол. Инфекц. Бол.- М., 2002.- 3.- С. 64.
- 3. Клеточная биология легких в норме и при патологии: Рук. для врачей/ Под редакцией В.В. Ерохина, Л.К. Романовой. – М.: Медицина, 2000.- 496 с.
- 4. Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 года).- М.: Минздрав РФ, 2003.- 46 с.
- 5. Антибактериальная терапия пневмонии у детей: Пособие для врачей/ В.К. Таточенко, Е.В. Середя, А.М. Федоров и соавт.- М., 2001.