

- **Пневмония – воспаление легких инфекционной природы с вовлечением всех структурных элементов легочной ткани и обязательным поражением легочной ткани.**

■ Классификация.

1. По этиологии:

- – бактериальная (пневмококк, палочка инфлюэнцы, стафило- стрептококк, бактерии кишечной группы и др.);
- – вирусная (грипп, парагрипп, аденовирус, цитомегаловирус и др.);
- – микоплазменная или риккетсиозная;
- – обусловленная химическими или физическими факторами;
- – смешанной этиологии;
- неуточненной этиологии.

2. По клинико-морфологическим вариантам:

- – крупозная (долевая, фибринозная, плевропневмония);
- – очаговая (дольковая, бронхопневмония);
- – интерстициальная.

3. По течению:

- – острая;
- – затяжная.

4. По локализации:

- – правое, левое легкое;
- – двусторонняя;
- – доля, сегмент.

5. По функциональному состоянию дыхательного аппарата:

- – без функциональных нарушений;
- – с функциональными нарушениями (3-х степеней).

6. По наличию осложнений:

- – неосложненная;
- – осложненная (плеврит, абсцесс и т. д.).

7. Выделяют также *внебольничную и госпитальную пневмонии*. Такое подразделение важно потому, что эти заболевания вызываются разными агентами, течение госпитальных пневмоний более тяжелое, они рефрактерны к терапии. *Госпитальными считаются пневмонии, возникшие через 2 суток и позже от момента поступления больного в стационар по поводу какого-либо другого заболевания.* Основными микробными ассоциациями, вызывающими госпитальные пневмонии, являются представители грамтрицательной флоры – стафилококки, анаэробы, синегнойная палочка.

- **Заболеваемость.** В 15–17 лет – 236 случаев на 100000. Среди всего населения – внебольничная 1200 на 100000, госпитальная – 800 человек на 100000 госпитализаций в год. Чаще болеют мужчины.
- **Смертность.** В 30-е годы XX столетия – 24%. В 40-е – 12%. В настоящее время – от 1 до 5–6% в молодом возрасте и 15–20% среди лиц пожилого возраста

- Пневмонии традиционно подразделяются на очаговые и крупозные. Эти различия можно видеть на данном рисунке.
- Очаговые пневмонии нередко возникают на фоне предшествующих бронхитов различной этиологии, вследствие чего носят еще название бронхопневмонии, подчеркивая ее связь с первичным бронхитом.
- В ряде случаев воспаление начинается первично в легочной ткани, без предшествующего бронхита. Если это воспаление носит бурный, гиперергический характер, то оно, как правило захватывает большой участок легкого, часто целую долю и тогда говорят о долевой, или крупозной, пневмонии (рис). При этом нередко в процесс вовлекается плевра, поэтому такую пневмонию еще называют плевропневмонией.

- Такое гиперергическое развитие плевропневмоний говорит об участии иммунной системы в их развитии.
- Действительно при этих пневмониях выявляется уменьшение количества Т-клеток, С3-компонента комплемента, увеличение количества В-клеток и иммуноглобулинов, а в крови выявляются циркулирующие иммунные комплексы. Эти комплексы, поражая сосуды легких, способствуют развитию и генерализации воспаления.
- Установлено также, что в этих случаях снижена активность альвеолярных макрофагов, нейтрофилов, увеличено количество провоспалительных цитокинов.

- Жалобы. При крупозной пневмонии основными являются жалобы на высокую температуру, озноб, кашель с отделением умеренного количества мокроты, боли в грудной клетке, герпес на лице, общее недомогание.

- **Anamnesis morbi.** Здесь следует получить ответы на вопросы когда заболел больной, с чем заболевание связано. Если речь идет о больном, находящемся в больнице, то для дифференциации нозокомиальной и вне-больничной пневмонии уточняются сроки заболевания - до поступления или после. Если лечился – чем лечили и эффективность лечения.

- **Anamnesis vitae.** Оценка истории жизни должна быть посвящена выявлению факторов риска заболевания, в данном случае, пневмонии. Факторы риска – это такие факторы, которые не являясь прямыми этиологическими факторами, тем не менее, способствуют его развитию. При пневмонии ими могут выступать: охлаждение, курение, профессия, травмы грудной клетки, оперативные вмешательства, алкоголизм, различные тяжелые заболевания, иммунодефицитные состояния, госпитализация и др. Сезонность также является фактором риска при пневмонии. Для дифференциальной диагностики важен анамнез по туберкулезу.

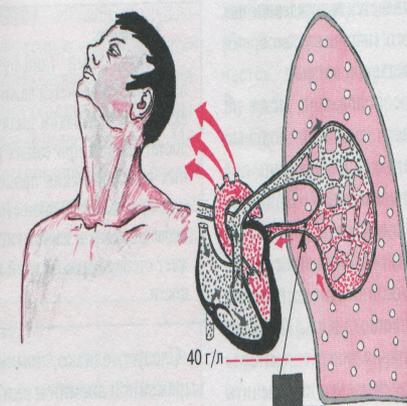
Данные объективного исследования.

В 1-2-3 дни: жалобы на сильный озноб (внутреннее чувство холода, сопровождающееся дрожью во всем теле), повышение температуры, головную боль, сухой кашель, боли в грудной клетке, усиливающиеся при кашле, глубоком вдохе, плохое общее самочувствие.

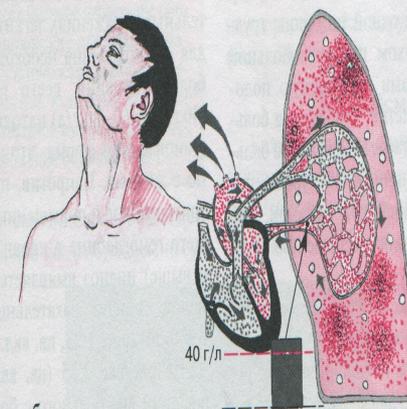
При осмотре - умеренный цианоз лица, одышка в покое при участии крыльев носа в дыхании; отставание дыхательной подвижности той стороны грудной клетки, где имеется пневмония (ощущение из-за болей, связанных с сопутствующим плевритом).

При перкуссии: в первый день укорочение перкуторного звука (так называемый притупленно-тимпанический звук), что зависит от одновременного наличия в альвеолах жидкости и воздуха; укорочение перкуторного звука.

Аускультативно в области укорочения перкуторного звука - так называемая начальная крепитация (crepitatio indur). Имеет место тахикардия.



а



б

- На 3-4-6 дни держатся головная боль, разбитость, кашель, появляется мокрота, скудная, вязкая, бурого цвета («ржавая»). Одышка, боли в боку сохраняются, могут нарастать. На губах, крыльях носа пузырьковые высыпания (herpes labialis et nasalis). Перкуторно притупление соответствующее целой доле или долям. Аускультативно – там же дыхание бронхиального типа. Может появиться шум трения плевры. Голосовое дрожание и бронхофония усилены. Сохраняется тахикардия, имеется склонность к падению артериального давления, держится или даже усиливается цианоз. Температура остается высокой.

- К концу недели падает температура, улучшается состояние, уменьшаются одышка, тахикардия. Кашель беспокоит меньше, но увеличивается количество мокроты, которая отхаркивается легче и теряет «ржавый» цвет, светлеет; герпетические высыпания начинают заживать, образуют корки, цианоз не выражен, пораженная сторона грудной клетки хорошо участвует в акте дыхания, больной не отмечает болей при дыхании. Аускультативно вновь выслушивается крепитация разрешения (*crepitatio redux*). Перкуторно тупость уменьшается; голосовое дрожание и бронхофония становятся слабее. При благоприятном течении постепенно все патологические явления проходят.

- **Данные дополнительного обследования**
- **Рентгенологически: в ранней стадии усиление легочного рисунка, в более поздней – интенсивная пневмоническая инфильтрация (затемнение) соответственно пораженной доле (или долям). В поздних стадиях затемнение исчезает, однако нередко длительно держится усиление легочного рисунка, тяжесть в пораженной доле.**

- **Кровь**: уже в первые дни наблюдается высокий лейкоцитоз – $10\text{--}15 \times 10^9/\text{л}$ и более, преимущественно нейтрофильный, нередко со сдвигом влево и токсигенной зернистостью. Лейкоцитоз держится 8–10 дней, затем и общее количество лейкоцитов, и формула нормализуются. СОЭ повышена с первого же дня и держится долго, нередко не доходя до нормы даже к моменту выписки (средний срок пребывания больного в больнице по поводу крупозной пневмонии – 18–20 дней).

- Мокрота: в первые дни много эритроцитов, умеренное количество лейкоцитов, альвеолярный эпителий. На 5–7–9-й день количество лейкоцитов увеличивается, мокрота становится слизисто-гнойной, с желтоватым цветом. В последующем мокрота светлеет, количество форменных элементов уменьшается.
- Возможно проведение бактериоскопических и бактериологических исследований мокроты, хотя они имеют малую практическую значимость (из-за неточности бактериоскопического и отсроченности ответа бактериологического исследования).

- При изучении функции внешнего дыхания ЖЕЛ может быть снижена (выключение из дыхания значительной доли легочной ткани, ограничения глубокого дыхания). Из-за изменения реактивности бронхов и склонности к обструкции ФЖЕЛ может снижаться, и проба Тифно-Вотчала может быть положительной. Из-за одышки (учащения дыхания) МОД может быть увеличен.

- **Патоморфоз пневмонии**: типичный озноб встречается лишь у 25% больных, менее выражена одышка; у большинства больных не удастся выявить типичное доленое притупление перкуторного звука – притупление имеется, но оно не занимает большую площадь. Аускультативно бронхиальное дыхание встречается редко. Нередко температура достигает высоких цифр, но падает уже на 3–4-й день. Общее состояние больного также улучшается к этому сроку. В целом значительно менее выражена общая интоксикация; у большинства больных почти не наблюдается лейкоцитоз, повышение СОЭ умеренное. Рентгенологически - ограниченная сегментарная инфильтрация легких. Реже встречаются сопутствующий плеврит.

- Таким образом, в настоящее время во многих случаях КП протекает как очаговая, и дифференциация их затруднена. Это явление объясняют влиянием современного лечения антибиотиками, а также изменением реактивности организма. Многие ученые предпочитают говорить об острой пневмонии, не подразделяя ее на очаговую и крупозную. Это правомерно в трудных для дифференциации случаях.
- Если же картина ясна, следует ставить более точный диагноз очаговой или крупозной пневмонии.