

# Вводная лекция

*Профессор*

*Овчаренко Светлана Ивановна*

2016 год

**Императорский Московский университет открыт в 1755 г.  
по Указу Императрицы Елизаветы Петровны**



• Москва, Императорский университет, 1794-1800 годы

**1758** год

- **Рождение медицинского факультета  
Императорского Московского  
университета**
- **Первые лекции на медицинском  
факультете**

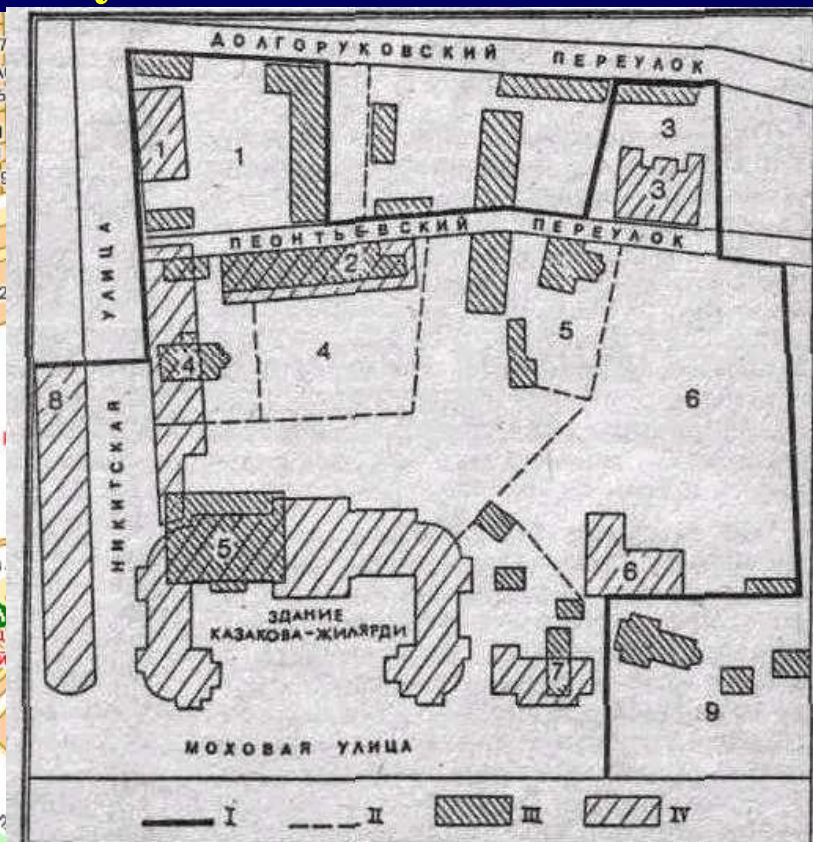


• 1805 год

Открыты первые клиники Медицинского факультета на  
Большой Никитской улице.

• 20 сентября 1820 года

Открыты Медицинский и Клинический институты на  
Большой Никитской улице.





# Слово на открытии Клинического и Медицинского институтов

7509 ~~1820~~ ~~1820~~ с-48

**С Л О В О**

О способѣ учить и учиться Медици  
Практической, или дѣятельному Врачебному  
Искусству при постеляхъ больныхъ,

А 45

**ВЪ ИМПЕРАТОРСКОМЪ МОСКОВСКОМЪ  
УНИВЕРСИТЕТѢ**

ПРИ ТОРЖЕСТВЕННОМЪ ОТКРЫТІИ И ОСВЯЩЕНІИ НОВЫХЪ  
ИНСТИТУТОВЪ МЕДИЦИНСКАГО И КЛИНИЧЕСКАГО

СЕНТЯБРЯ 25 ДНЯ 1820 ГОДА,

ПРОИЗНЕСЕННОЕ

Директоромъ Клиническаго Института и Университетской  
Больницы, Статскимъ Советникомъ, Св. Равноапостольнаго  
Князя Владимира 4й степени Кавалеромъ, Медицины  
Докторомъ, Паталогіи, Терапіи и Клиники Профессоромъ  
П. О., Императорской Медико - Хирургической Академіи  
Почетнымъ Членомъ и разныхъ Россійскихъ и иностран-  
ныхъ Ученыхъ Обществъ Членомъ

МАТФІЕМЪ МУДРОВЫМЪ.

МОСКВА  
Въ Университетской Типографіи.  
1 8 2 0.

ПОДАТКА  
15699 2 7375  
и

ПРОВ.  
1835 г.

ПРОВ.  
1839 г.





• Где находились и сохранились ли Клинический и Медицинский институты на Большой Никитской?





# 1846 год

□ Открытие терапевтической клиники Медицинского факультета на Рождественке.

□ Рождение факультетской терапевтической клиники



**1887 – 1897** годы

**Возведение Клинического городка на Девичьем поле  
Клиника факультетской терапии**





Москва  
Клиппера

Moscou  
Klippera







1976 год

Клинический центр Московской медицинской академии  
им. И. М. Сеченова



**Факультетская  
терапевтическая клиника  
имени В.Н. Виноградова**

**Первый Московский  
государственный медицинский  
университет имени И.М. Сеченова**



**Владимир Никитич Виноградов –  
выдающийся отечественный клиницист  
1882 – 1964 г.**



# Владимир Никитич Виноградов.

## Биографические данные.

- Владимир Никитич Виноградов родился 12 марта 1882 года в городе Елец Орловской губернии в семье железнодорожного служащего.
- В 1907 году с отличием закончил медицинский факультет Московского университета.
- До 1910 года - экстерн, сверхштатный ординатор факультетской терапевтической клиники медицинского факультета Московского университета.
- В 1910 г. - штатный ординатор факультетской терапевтической клиники.
- В 1912 году избран ассистентом пропедевтической клиники женских курсов.
- В 1921 году вернулся в факультетскую терапевтическую клинику в качестве ассистента.



# Владимир Никитич Виноградов.

## Биографические данные

- С 1924 г. по 1928 г – старший ассистент факультетской терапевтической клиники и одновременно заведующий клиникой профессиональных заболеваний медицинского факультета 1-го Московского университета.
- С 1928 г. по 1929 г. – заведующий кафедрой факультетской терапевтической клиники
- С 1929 г. по 1942 г. - заведующий кафедрой пропедевтической, а затем и факультетской терапевтической клиники 2-го Московского университета
- С 1942 г. до 29 июля 1964 г. – возглавлял клинику и кафедру факультетской терапии 1-го МОЛМИ.

# **Основные направления научных исследований В. Н. Виноградова.**

- **Туберкулез.**
- **Заболевания почек.**
- **Заболевания органов пищеварения.**
- **Заболевания органов сердечно-сосудистой системы.**
  - **Заболевания органов дыхания.**
  - **Новые диагностические методики.**

# **Основные направления научных исследований В. Н. Виноградова.**

## **Новые диагностические методики**

**В факультетской терапевтической клинике под руководством В. Н. Виноградова впервые были внедрены следующие диагностические методики:**

- а) гастроскопия,**
- б) бронхоскопия,**
- в) радиоизотопные исследования,**
- г) зондирование полостей сердца,**
- д) ангиокардиография.**



# **В. Н. Виноградов – блестящий лектор.**

- **«Схема клинического исследования больного», Москва, 1922 г.**
- **«Схема клинического исследования больного», пособие для студентов, Москва, 1934, 1955 и 1962 годы.**

**Схема клинического исследования больного, составленная В. Н. Виноградовым, является продолжением отечественного анамнестического направления в медицине, созданного Г. А. Захарьиным и обогащенного в последующем Ф. Ф. Остроумовым.**

**Клинические лекции В. Н. Виноградова отличались не только насыщенностью теорией, но и мастерским клиническим разбором больных, искусным сочетанием медицинской теории с практикой.**

**В центре его лекций были интересы больного, тщательное изучение окружающей больного среды, условий труда и быта, приобретенных и унаследованных от предков особенностей.**

**Клинические обходы В. Н. Виноградова представляли собой замечательную школу для студентов, молодых врачей и опытных клиницистов.**

# **В. Н. Виноградов – виртуозный терапевт.**

- **Формирование теоретических взглядов, клинического мышления и личных качеств В. Н. Виноградова происходило в факультетской терапевтической клинике, где работали выдающиеся деятели отечественной медицины - Г. А. Захарьин, В. Д. Шервинский, М. П. Кончаловский.**
- **В. Н. славился как виртуозный терапевт, которого сравнивали с Г. А. Захарьиным. Ему были чужды шаблон и трафарет в лечении, лечение болезни по названию. В центре его внимания всегда был сам больной с весьма сложными и многообразными проявлениями болезни в каждом конкретном случае.**
- **В. Н. Виноградов не находился в плену одной только лекарственной терапии. Он был сторонником комплексного лечения, включающей помимо медикаментозной терапии, диетотерапию, физиотерапию, водолечение.**
- **В. Н. Виноградов длительное время являлся главным терапевтом 4-го главного управления Министерства здравоохранения СССР и личным врачом И. В. Сталина.**

## **В. Н. Виноградов – общественный деятель.**

- **В 1938 г. В. Н. Виноградов был избран заместителем председателя Московского терапевтического общества.**
- **В 1945 г. В. Н. Виноградов избирается председателем правления Московского терапевтического общества.**
- **С 1949 г. по 1962 г. В. Н. Виноградов возглавлял правлением Всесоюзного научного терапевтического общества.**
- **С 1943 г. до конца жизни В. Н. Виноградов был редактором журнала «Терапевтический архив».**



**ЗАДАЧА КЛИНИЧЕСКОЙ КАФЕДРЫ**  
**(факультетской терапии)**

**на основе изучения ограниченного круга заболеваний**

**сформировать клиническое мышление**

**уметь собрать информацию о больном**  
**(из трех источников)**  
**и, творчески ее переработав,**

**поставить диагноз**

**назначить обоснованное лечение**  
**и определить прогноз**

# СПОСОБЫ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ БОЛЬНОМ

О

## I ЭТАП ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА

1. «Интервьюирование» больного: выяснение анамнеза жизни, болезни, жалоб

## II ЭТАП ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА

2. Непосредственное (физическое) исследование больного: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация

## III ЭТАП ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА

3. Лабораторно-инструментальные исследования: «рутинные» исследования, исследования по индивидуальным показаниям

# «Интервьюирование» пациента

сведения, получаемые от больного и из медицинских документов

- **Жалобы**, почему больной пришел к врачу? Почему больной был госпитализирован?

- **Начало заболевания**  
симптомы, их динамика; лечение – препараты, дозы;

- **Течение болезни**

## «Вехи»:

- **обострения**: динамика в процессе лечения, лекарства и их дозы, госпитализации, появление новых симптомов, осложнений, операции, инвалидность
- **спокойный период** – наличие и выраженность симптомов, лечение (препараты и их дозы)



# ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА

**Следует помнить**: сведения, сообщаемые больным или находящиеся в медицинских документах могут **БЫТЬ ЛОЖНЫМИ** (заблуждение или умысел?)

**Больной может Вам рассказать не все, считая некоторые вещи несущественными,**  
поэтому

**В конце беседы СЛЕДУЕТ спросить:**  
**«Что еще мы с Вами не обсудили?»**

## Данные непосредственного («физического» исследования)

- **Осмотр больного:** положение в постели, осмотр «всего, что только возможно» !
- **Пальпация:** не только живота, но и области сердца, крупных сосудов, грудной клетки
- **Перкуссия:** «всего, что только ...»
- **Аускультация:** сердца – с применением различных способов, крупных сосудов; легких – на разных фазах дыхания; брюшной полости

# Лабораторно-инструментальные исследования

- **Обязательные** («скрининговые»):  
Общий анализ крови, мочи, кала, мокроты  
Биохимический анализ (билирубин, холестерин, общий белок, глюкоза, креатинин) HVB, RW, ВИЧ, группа крови  
ЭКГ, рентгенография грудной клетки
- **По показаниям**: иммунологические и ферментные исследования, СМАД, Холтер.монитор., ЭКГ-пробы (физические, лекарственные), КАГ и иные ангиографии, эндоскопии, УЗИ, ФВД, КТ, МРТ, биопсии, исследования согласно рекомендациям консультантов



При обучении врача диагностики  
существует два принципиально  
различных подхода:

1. Сначала был диагноз, а далее перечислялись факты, его подтверждающие

А откуда «появился» сам диагноз?  
Кто и почему произнес это слово?

2. Диагноз **СТАВИТСЯ** на основании следующих фактов. . . . .

То есть диагноз появляется по мере  
получения информации о больном.

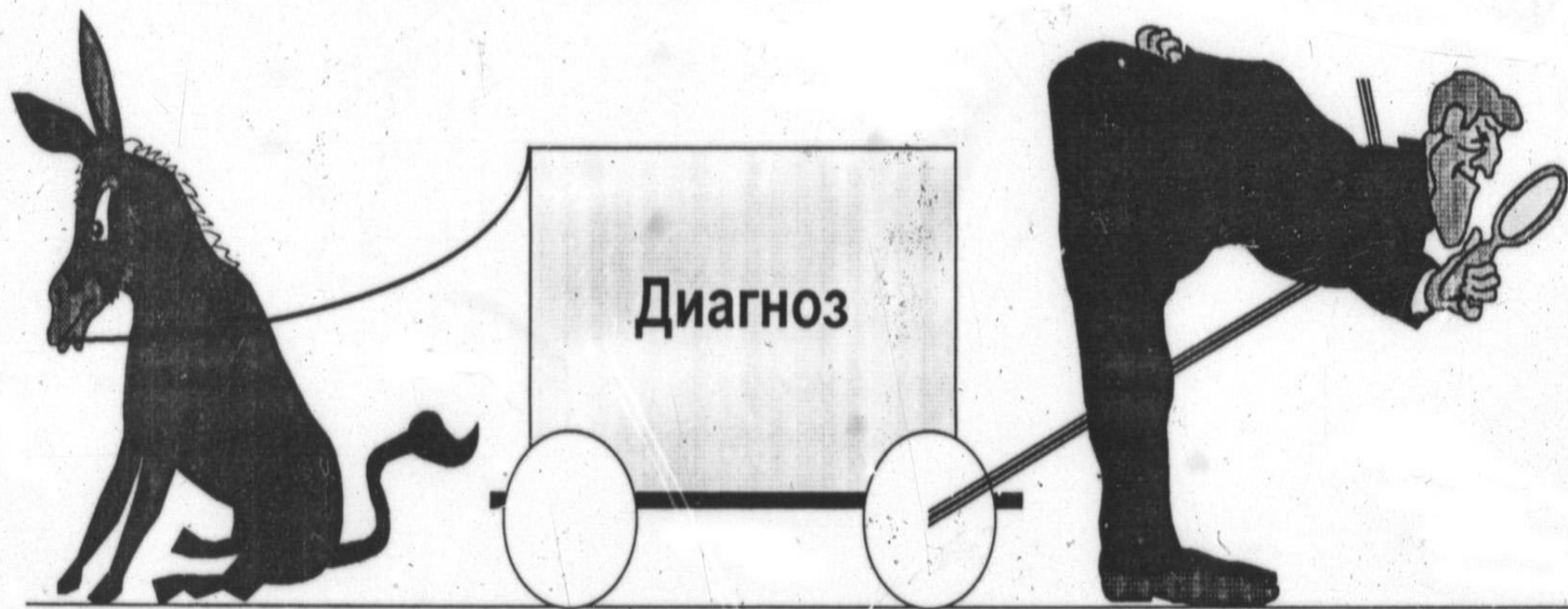
# ДИАГНОЗ

обосновывается на основании

- анамнеза
- непосредственных исследований  
больного
- лабораторно-инструментальных  
исследований

А разве диагноз известен заранее и врач  
должен его обосновывать?  
(а откуда он известен?)

**Так в жизни не бывает!**



**Симптомы**

**Врач**

**Синдромы**

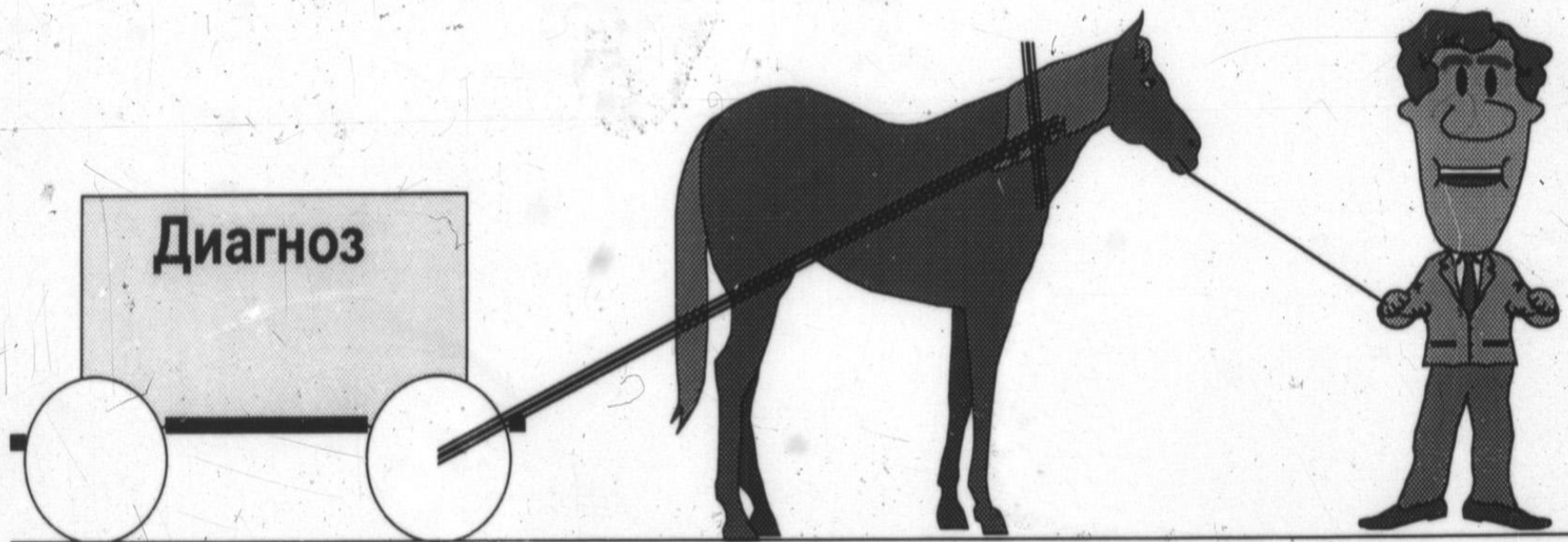


# Как происходит в реальной жизни ?

Врачом на основании:

- анамнеза
- непосредственного исследования больного
- лабораторно-инструментальных исследований

**СТАВИТСЯ ДИАГНОЗ!**



**Симптомы**

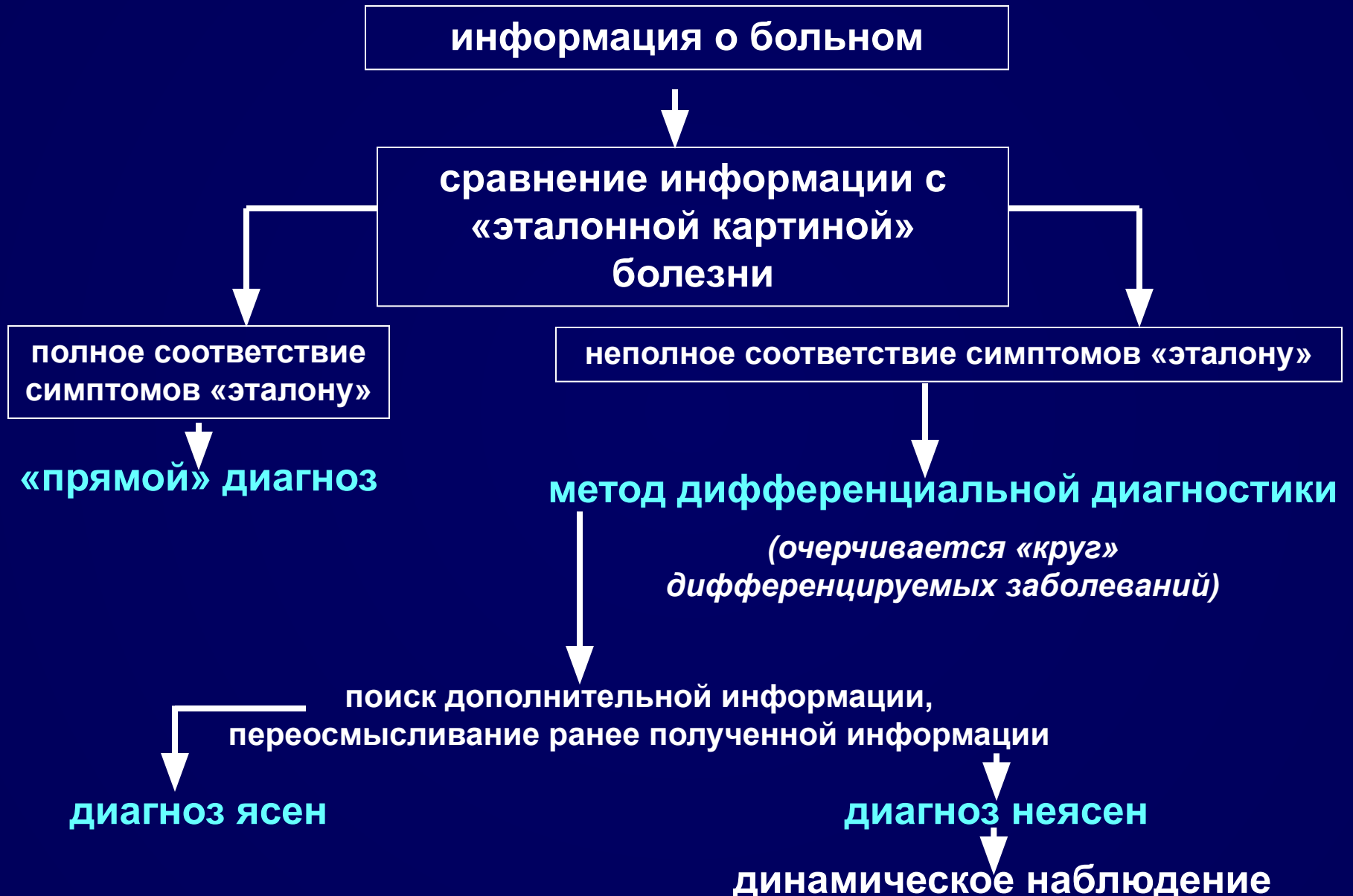
**Врач**

**Синдромы**

# Как же осуществляется «рождение» диагноза ?

Получаемая постепенно информация о больном человеке ПОСТОЯННО сравнивается с «эталонами» наиболее распространенных заболеваний  
«эталон» существуют в учебниках и другой медицинской литературе

# ЭТАПЫ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА





Наблюдая больного, необходимо помнить, что ДИАГНОЗ больного есть более или менее вероятная ГИПОТЕЗА, которую необходимо постоянно проверять: могут явиться НОВЫЕ ФАКТЫ, которые МОГУТ ИЗМЕНИТЬ ДИАГНОЗ или увеличить его вероятность.

**С.П.Боткин (конец XIX века)**



УЧЕБНАЯ ЛИТЕРАТУРА  
Для студентов  
медицинских институтов

В.И. Маколкин  
С.И. Овчаренко

# Внутренние болезни

Учебная литература  
для студентов медицинских вузов

В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко

# Внутренние болезни

*Издание четвертое,  
переработанное и дополненное*

Рекомендовано Управлением научных и образовательных  
медицинских учреждений Министерства здравоохранения  
Российской Федерации в качестве учебника для студентов  
медицинских вузов



Москва  
«Медицина»  
1999

В.И. Маколкин  
С.И. Овчаренко  
В.А. Сулимов

# Внутренние болезни

Учебник  
Шестое издание



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГОТАР-Медиа»

# ПНЕВМОНИИ

Д.м.н., профессор

Овчаренко Светлана Ивановна

# ПНЕВМОНИИ

**Пневмонии** (*воспаление легких*) –

- группа различных по этиологии, патогенезу и морфологической характеристике
- острых локальных инфекционно-воспалительных заболеваний легочной паренхимы
- с преимущественным вовлечением в воспалительный процесс респираторных отделов (альвеол, бронхиол)
  - наличием в них внутриальвеолярной экссудации
  - подтвержденных рентгенологически



# Эпидемиология пневмоний

- Заболеваемость 12/1000 человек в год
  - **В возрасте до 1 года**
    - 30-50 случаев на 1000 населения в год
  - **15-45 лет**
    - 1-5 случаев на 1000 населения в год
  - **60-70 лет**
    - 10-20 случаев на 1000 населения в год
  - **71-85 лет**
    - 50 случаев на 1000 населения в год

# Эпидемиология пневмоний

- **Заболеваемость в России, 1998 г.**
  - **385,7 случаев на 100000 населения**
- **Заболеваемость в Москве, 2000 г.**
  - **335 случаев на 100000 населения**
- **Госпитальная летальность в городских больницах г. Москвы**

**8,0 – 8,7%!!!**

# **ПНЕВМОНИЯ В Г. МОСКВЕ**

**■ Несмотря на все достижения современной медицины, летальность от пневмонии в течение последних 10 лет держится в пределах 10%**

**■ Смертность от пневмонии в г. Москве – 20/100000 населения, что составляет 1,7% всех летальных исходов**

**(Мосгорстат, 2004г.)**

# ЛЕТАЛЬНОСТЬ

- Летальность от внебольничной пневмонии – 5-7-%
  - У лиц молодого возраста без сопутствующих заболеваний – не превышает 1-3%
  - У госпитализированных больных – 8-14%
- У лиц пожилого и старческого возраста с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями и тяжёлым течением пневмонии летальность достигает 15-30%



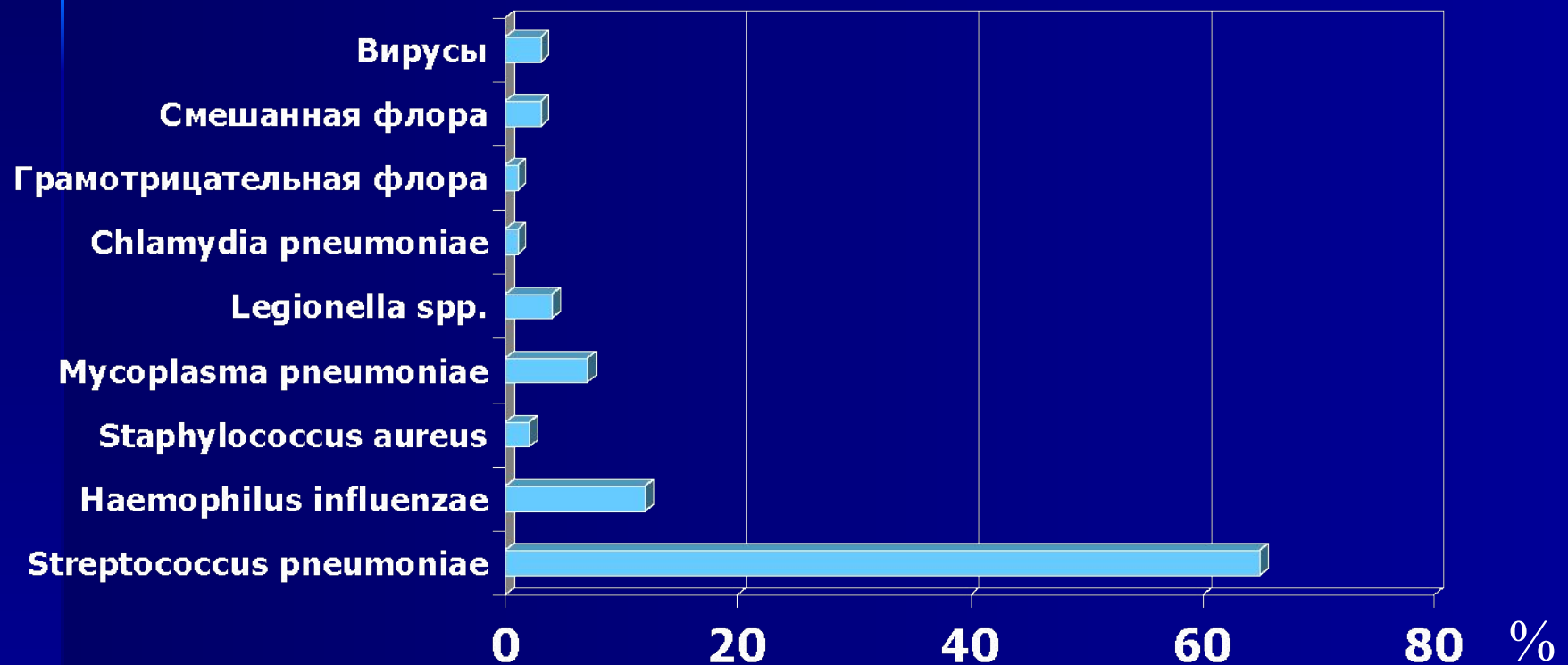
# Клинико-этиологическая классификация пневмоний (по условиям возникновения)

- Внебольничные (*распространенные*) пневмонии
- Внутрибольничные (*нозокомиальные*) пневмонии
- Пневмонии у лиц с тяжелыми дефектами иммунитета
- Аспирационные пневмонии

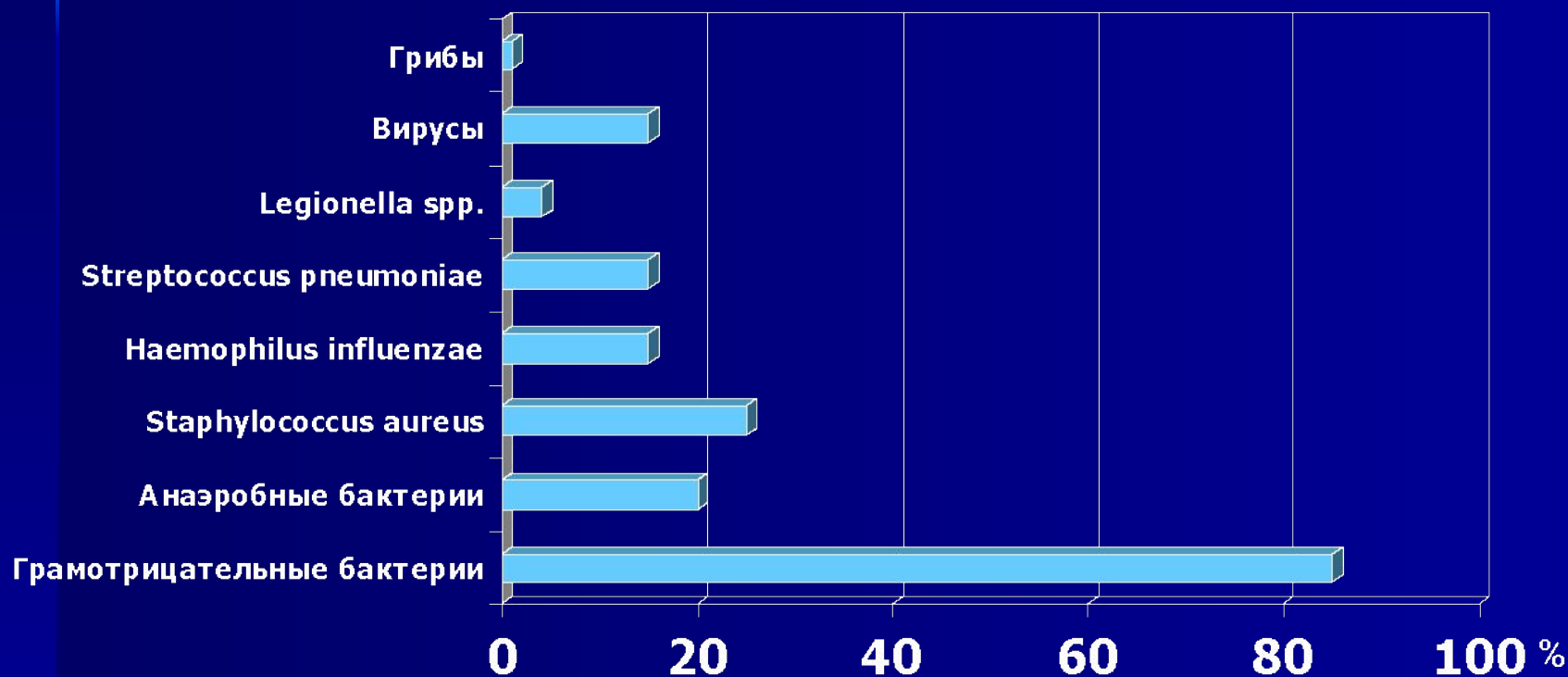
# Этиологическая классификация пневмоний

- Бактериальные
- Вирусные
- Микоплазменные
- Пневмоцистные
- Грибковые
- Смешанные

# Этиология: Внебольничная пневмония



# Этиология: Внутрибольничная пневмония



## Диагностические критерии внутрибольничной пневмонии

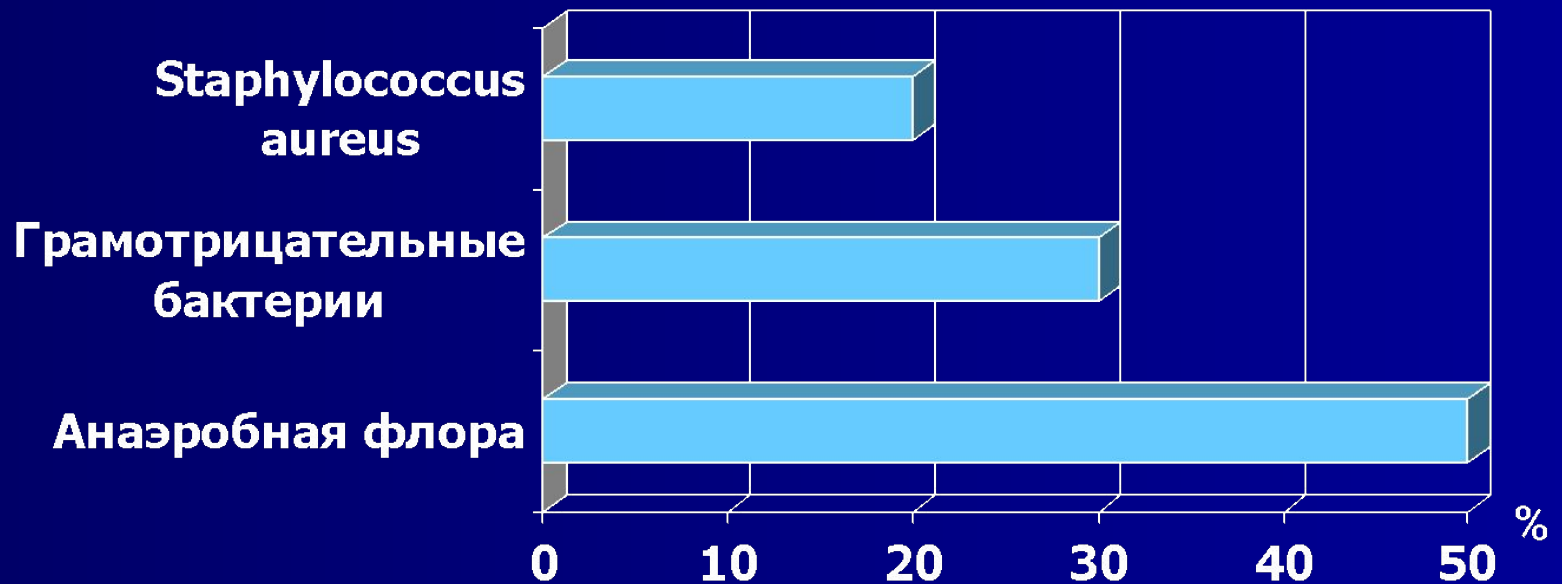
- Появление **первых** клинических проявлений и «свежих» очагово-инфильтративных изменений на рентгенограммах у больных не ранее, чем **через 48-72 ч** с момента госпитализации



# Этиология: Пневмония у лиц с иммунодефицитом



# Этиология: Аспирационная пневмония



# ЭТИОЛОГИЯ:

## АТИПИЧНЫЕ ПНЕВМОНИИ

- *Mycoplasma pneumoniae*
- *Chlamydia pneumoniae*
- *Chlamydia psittaci*
- *Legionella* spp.
- *Coxiella burnetti*
- *Franciella tularensis*
- **SARS-CoV (Коронавирус, вызывающий ТОРС)**

# Атипичные пневмонии

- Часто подострое начало
- Отсутствие альвеолярной экссудации (интерстициальная пневмония)
- Наличие внелегочных проявлений
  - Миалгии
  - Артралгии
  - Анорексия
  - Нарушение сознания

# Пути заражения

- *Воздушно-капельный* с вдыхаемым воздухом (легионеллы, микоплазмы, хламидии)
- *Микроаспирация* из носо- и ротоглотки (пневмококки, гемофильная палочка)
- *Контагиозный* путь из соседних инфицированных участков (пневмококки)



# Механизмы защиты легких

- **Механические и структурные элементы**
  - Фильтрация и увлажнение вдыхаемого воздуха в верхних дыхательных путях
  - Кашлевой рефлекс
  - Разветвленная сеть бронхов
  - Мукоцилиарный клиренс
- **Клеточные факторы**
  - Макрофаги
  - Эпителиальные клетки
  - Нейтрофилы
  - Т-лимфоциты
- **Гуморальные факторы**
  - Иммуноглобулины (IgA, IgG)
  - Цитокины
  - Колонистимулирующие факторы

# Факторы риска: Внебольничная пневмония

Условия возникновения	Вероятные возбудители
Эпидемия гриппа	Вирус гриппа, <i>S.pneumoniae</i> , <i>S.aureus</i> , <i>S.pyogenes</i> , <i>H.influenzae</i>
Хроническая обструктивная болезнь легких	<i>S.pneumoniae</i> , <i>H.influenzae</i> , <i>M.catarrhalis</i> , <i>Legionella spp.</i>
Алкоголизм	<i>S.pneumoniae</i> , анаэробы, грамотрицательные бактерии
Несанированная полость рта	Анаэробы
Внутривенное употребление наркотиков	<i>S.aureus</i> , анаэробы

# *Пневмония – «друг» пожилых людей*

*У.Ослер*

- **Возрастные изменения дыхательной системы**
  - Уменьшение кашлевого рефлекса
  - Уменьшение мукоцилиарного клиренса
  - Уменьшение легочных объемов
  - Снижение эластичности легочной ткани
  - Увеличение ригидности грудной клетки
- **Уменьшение напряжения кислорода**
  - $PaO_2 = \text{мм рт.ст.} - 0,43 \times \text{возраст (годы)}$
- **Относительный иммунодефицит** на фоне инволютивных изменений вилочковой железы с нарушением регуляции Т- лимфоцитов
- **Наличие сопутствующих заболеваний**

# Факторы риска: Внутрибольничная пневмония

Условия возникновения	Вероятные возбудители
ХОБЛ, курение	<i>H. influenzae</i>
ИВЛ, операции	<i>P. aeruginosa</i>
Предшествующее лечение антибиотиками широкого спектра	<i>P. aeruginosa</i> , <i>Acinetobacter</i>
Почечная недостаточность	<i>S. aureus</i>
Нарушение сознания	Анаэробы

# Факторы риска: Пневмония у лиц с иммунодефицитом

Дефект	Состояния	Возбудители
Нейтропения	Химиотерапия, лейкозы	Грамотрицательные бактерии, Staphylococcus aureus, грибы
Клеточный иммунитет	ВИЧ-инфекция, трансплантация органов, лимфомы, кортикостероидная терапия	Pneumocystis carinii, Cryptococcus, Toxoplasma, цитомегаловирус, вирус герпеса
Гуморальный иммунитет	Миеломная болезнь, лимфолейкоз, врожденная или приобретенная гипогаммаглобулинемия	Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae



# Факторы риска: Аспирационная пневмония

- Угнетение сознания
- Дисфагия
- Гастроэзофагеальный рефлюкс
- Неврологические заболевания
- Рецидивирующая рвота
- Анестезия глотки
- Механическое разрушение защитных барьеров  
(эндотрахеальная интубация, трахеостомия,  
назогастральный зонд)

# Патогенез пневмонии



# Синдромы при пневмонии

- Синдром общей интоксикации
- Синдром общих воспалительных изменений :СРБ (**В**)
- Синдром воспалительных изменений легочной ткани
- Синдром вовлечения других органов и систем

# Уровни достоверности в клинических рекомендациях

<b>A</b>	<b>Высокая достоверность</b>	Основана на заключениях систематических обзоров. Систематический обзор получают путём системного поиска данных из всех опубликованных клинических испытаний, критической оценки их качества и обобщения результатов методом метаанализа
<b>B</b>	<b>Умеренная достоверность</b>	Основана на результатах по меньшей мере нескольких независимых рандомизированных контролируемых клинических испытаний
<b>C</b>	<b>Ограниченная достоверность</b>	Основана на результатах по меньшей мере одного клинического испытания, не удовлетворяющего критериям качества, например, без рандомизации
<b>D</b>	<b>Неопределённая достоверность</b>	Утверждение основано на мнении экспертов; клинические исследования отсутствуют

# Синдромы при пневмонии

- **Синдром общей интоксикации**
  - Общая слабость, разбитость, повышенная утомляемость
  - Головные и мышечные боли
  - Снижение аппетита
  - Бледность

# Синдромы при пневмонии

- **Синдром общих воспалительных изменений**
  - Лихорадка
  - Изменение острофазовых показателей крови



# Синдромы при пневмонии

- **Синдром воспалительных изменений легочной ткани**

- Аускультативные признаки (влажные мелкопузырчатые хрипы, крепитация)
- Рентгенологические изменения (очаговая инфильтрация легочной ткани)



- Появление кашля с отхождением мокроты
- Одышка

**ПНЕВМОНИИ**

**ДИАГНОСТИКА**

*«В каждом случае неясного  
острого лихорадочного состояния  
больного врач обязан иметь в виду  
возможность развития  
пневмонии...»*

*Г. Куришман*

# ЖАЛОБЫ

- Кашель
- Отхождение мокроты
- Лихорадка (часто  $> 38^{\circ}\text{C}$ )
- Одышка
- Боль в грудной клетке
- Сердцебиение
- Неспецифические жалобы

# Данные физического исследования

- Отставание при дыхании пораженной стороны грудной клетки
- Усиление голосового дрожания и бронхофонии
- Укорочение перкуторного звука в области проекции поражения
- Изменение характера дыхания (жесткое, бронхиальное, ослабленное)
- Появление патологических дыхательных шумов (крепитация, влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы)

## Динамика патологических изменений, определяемых при физическом исследовании

- Влажные звонкие хрипы + ослабление дыхания



- Укорочение перкуторного звука



- Усиление голосового дрожания



## Обязательные (скрининговые) исследования в условиях стационара

- Общий клинический анализ крови
- Биохимический анализ крови
- Комплекс серологических исследований для диагностики сифилиса
- Анализ крови на наличие HBs – Ag
- Серологическое исследование на ВИЧ
- Общий анализ мочи и кала
- ЭКГ
- Рентгенография органов грудной клетки (В)

# Обязательные исследования при пневмонии в условиях стационара

- Общий анализ мокроты
- Окраска мокроты по Граму и ее посев
- Рентгенологическое исследование

## По показаниям:

- Определение газов артериальной крови
- Посев крови (дважды)
- Исследование плевральной жидкости (при наличии плеврального выпота)

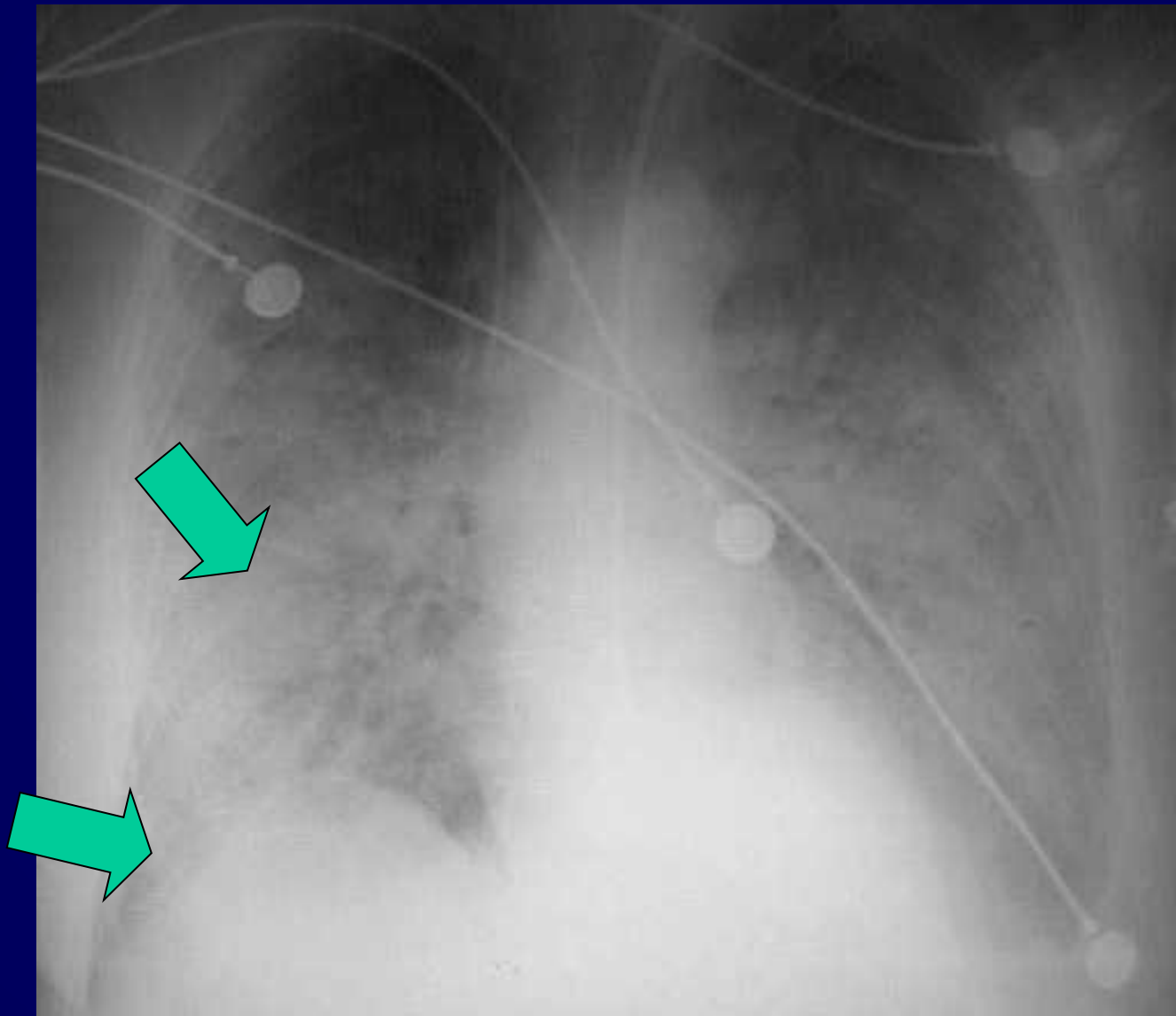
# МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЯ

- **Посев крови и мокроты.** Результат ожидается положительным, если пациент не лечился АБ до исследования и забор образцов выполнен правильно.
- **Исследование Ag в моче – уреазный тест.** Определение Ag *Strept. pneum.* И *Legionella pneum.* – тест положительный, даже если был накануне прием АБ.
- **Серологическое исследование крови.**
- **Исследование на выявление вирусной этиологии**

# Рентгенологическая картина

- Долевая пневмония
- Очаговая пневмония (бронхопневмония)
- Интерстициальная пневмония
- Прикорневая аденопатия
  - Осложнения пневмонии
    - Абсцесс легкого
    - Плевральный выпот
    - Транссудат
    - Экссудат
    - Эмпиема

# Очаговая пневмония



# Очаговая пневмония



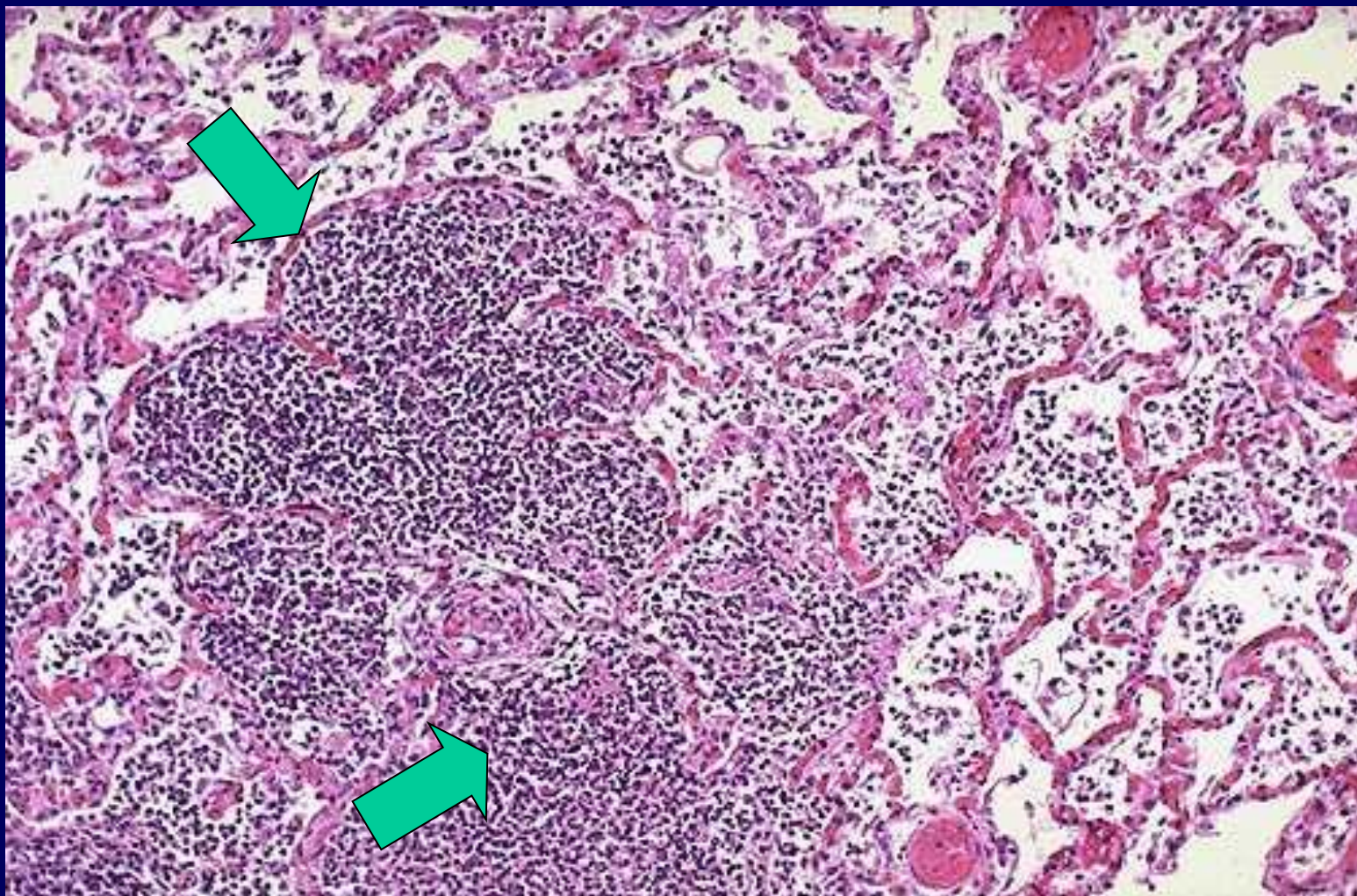


# Очаговая пневмония





# Очаговая пневмония



# Долевая пневмония





Долевая  
пневмония



# Интерстициальная пневмония



# Причины ложноотрицательных результатов при рентгенографии органов грудной клетки

- Обезвоживание
- Нейтропения
- Ранние стадии заболевания
- Пневмоцистная пневмония

# Критерии диагноза

- **Основные**

- Синдром локальной воспалительной инфильтрации легочной ткани (клинико-рентгенологические данные)

- **Дополнительные**

- Наличие факторов риска
- Неспецифический общевоспалительный синдром (лихорадка, острофазовые показатели: СРБ **(В)**)
- Интоксикационный синдром



# Осложнения пневмонии

- **«Легочные» осложнения**
  - Острая дыхательная недостаточность
  - Острый респираторный дистресс-синдром
  - Абсцесс легких
  - Парапневмонический выпот, эмпиема
  - Множественная деструкция легких

# Осложнения пневмонии

- **«Внелегочные» осложнения**
  - Сепсис, септический шок
  - Полиорганная недостаточность
  - Метастатические инфекции
  - ДВС-синдром
  
  - Острое легочное сердце

# Определение степени тяжести пневмонии

<b>Критерии тяжести</b>	<b>Легкая</b>	<b>Средняя</b>	<b>Тяжелая</b>
t тела	До 38°C	38-39°C	Выше 39°C
ЧДД (в мин)	До 25	25-30	Выше 30
ЧСС (в мин)	Менее 90	90-100	100 и выше
АД	Нормальное	Тенденция к гипотонии	Выраженная гипотония
Гипоксемия	Нет	Умеренная	Выраженная
Обширность поражения	1-2 сегмента одной доли	1-2 сегмента с двух сторон или целая доля	Более 1 доли или полисегментарно
Интоксикация	Нет	Умеренная	Выраженная
Осложнения	Нет	Плеврит с небольшим выпотом	Эмпиема плевры, абсцедирование, токсический отек легких
Декомпенсация сопутствующих заболеваний	Нет	Незначительная	Выраженная

## ТЯЖЕСТЬ ПНЕВМОНИИ ПО ШКАЛЕ CURB-65

- Спутанность сознания  $< 8$  -1 балл
- Мочевина  $> 7$  мкмоль/л – 1 балл
- Частота дыхания  $> 30$  в минуту – 1 балл
- АДсис  $< 90$  мм.рт.ст. и/или АДдиаст  $< 60$  мм.рт.ст. – 1 балл
- Возраст  $> 65$  лет – 1 балл

## **ОЦЕНКА ШКАЛЫ CURB-65 ПО РЕКОМЕНДАЦИЯМ БРИТАНСКОГО ТОРАКАЛЬНОГО ОБЩЕСТВА**

- 3 балла и более – повышен риск летального исхода – срочная госпитализация
- 2 балла – риск летального исхода сохраняется – кратковременное пребывание в больнице
- 0-1 балл – низкий риск смерти – лечение на дому

# Формулировка диагноза ПНЕВМОНИИ

- Условия возникновения (клинико-этиологическая форма)
- Этиология (если возможно)
- Локализация и распространенность
- Тяжесть течения
- Наличие осложнений
- Фаза течения (разгар, разрешение, реконвалесценция)

**ПНЕВМОНИИ**

**ЛЕЧЕНИЕ**



# Принципы лечения пневмоний

- Активное и раннее воздействие на возбудитель путем рациональной антибиотикотерапии (оптимально - *не позднее 8 ч* после начала клинических проявлений **(В)**).
- Противовоспалительная терапия
- Ликвидация токсемии
- Коррекция нарушенных функций органов дыхания и других систем организма
- Коррекция лечения заболеваний, способствующих развитию пневмонии

# Нелекарственные меры

- Прекращение курения
- Адекватный прием жидкости
- Охранительный режим
- Гигиенические мероприятия
- Физиотерапевтическое воздействие

# Показания к госпитализации

- Возраст старше 65 лет;
- Серьезные сопутствующие заболевания (ХОБЛ, сахарный диабет, неврологические заболевания, алкоголизм, сердечная недостаточность);
- Признаки дыхательной недостаточности;
- Признаки нарушения жизненных функций организма;
- Лейкопения или выраженный лейкоцитоз;
- Септическое состояние;
- Отсутствие адекватного ухода в домашних условиях

# ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПОДЛЕЖАТ БОЛЬНЫЕ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ГРУПП (А)

- Частота дыхания  $\geq 30$  в минуту
- Диастолическое АД  $\leq 60$  мм.рт.ст.
- Систолическое АД  $\leq 90$  мм.рт.ст.
- ЧСС  $\geq 120$  в минуту
- Температура тела  $\geq 40^{\circ}\text{C}$  или  $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$
- Нарушение сознания

**Внебольничная пневмония:  
Антибактериальная терапия при известном  
возбудителе**

<b>Возбудитель</b>	<b>Препарат выбора</b>	<b>Альтернативные препараты</b>
<i>S. pneumoniae</i>	Амоксициллин	Антипневмококковые фторхинолоны, макролиды
<i>H. influenzae</i>	Амоксициллин	Амоксициллин/клавуланат, фторхинолоны, макролиды
<i>M. Catarrhalis</i>	Амоксициллин/ клавуланат	Фторхинолоны, макролиды, ко-тримоксазол
<i>M. pneumoniae</i>	Макролиды	Фторхинолоны, тетрациклины
<i>C. pneumoniae</i>	Макролиды	Фторхинолоны, тетрациклины

# Лечение внутрибольничной пневмонии (1)

Легкое течение, раннее начало, отсутствие факторов  
риска:

- **Цефалоспорины:**

- цефуроксим, цефотаксим, цефтриаксон

- **Бета-лактамы + Ингибиторы бета-лактамаз:**

- ампициллин + сульбактам,

- тикарциллин + клавуланат,

- пиперациллин + тазобактам

- **При аллергических реакциях на пенициллины:**

- Фторхинолоны или клиндамицин + азитромицин

# Лечение внутрибольничной пневмонии (2)

**Тяжелое течение, позднее начало, наличие факторов  
риска**

**Аминогликозиды или Ципрофлоксацин**

**+**

**один из следующих препаратов:**

- **Антипсевдомонадные бета-лактамы:**

- Цефтазидим, цефоперазон, пиперациллин, тикарциллин, мезлоциллин

- **Бета-лактамы + Ингибиторы бета-лактамаз:**

- Тикарциллин + клавуланат или пиперациллин + тазобактам

- **Имипенем или Меропенем**

- **Азтреонам**



# Лечение пневмонии у лиц с иммунодефицитом

Возбудитель	Препарат
<i>Pneumocystis carinii</i>	Триметоприм/сульфаметоксазол; пентамидин (ингаляции)
<i>Cryptococcus</i>	Флуконазол
Цитомегаловирус	Ганцикловир
Грамотрицательные бактерии	Аминогликозиды + ципрофлоксацин

# Лечение аспирационной пневмонии

- Клиндамицин
  - Бета-лактамы антибиотики
- +
- метронидазол

## Предположительная продолжительность антибиотикотерапии

Этиология	Сроки лечения
Пневмококк	3-5 суток после нормализации температуры
Энтеробактерии, синегнойная палочка	21-42 сут
Легионелла	21 сут
Стафилококк	21 сут
Пневмоциста	21 сут

## Устойчивость «респираторных» патогенов к антибиотикам: актуальная тенденция

- Увеличение распространенности пенициллинорезистентных *S.pneumoniae* (PRSP) в США, Европе и ряде других странах
- Большинство PRSP **перекрестно резистентны к макролидам**, что ограничивает выбор эмпирической антибактериальной терапии ИДП
- Увеличение распространенности штаммов *M.catarrhalis* и *H.influenzae*, продуцирующих  $\beta$ -лактамазы

*D Felmingham, et al. JAC 2000; 45:191–203*

*J Huff, et al. ICAAC 2002; p. 108, Abstract C2-1624*

# Причины неэффективности антибактериальной терапии пневмонии

- Лечение начато в поздние сроки
- Неправильный выбор антибиотика
- Неадекватная дозировка антибиотика
- Неправильный диагноз заболевания
- Неверный «микробиологический диагноз»
- Тяжелое общее состояние больного
- Осложненное течение пневмонии
- Легочная суперинфекция

## Ликвидация основных проявлений пневмонии на фоне лечения

	Сроки разрешения
Лихорадка	2-4 дня
Кашель	4-9 дней
Хрипы	3-6 дней
Лейкоцитоз	3-4 дня
С-реактивный белок	1-3 дня
Рентгенологические изменения	до 6 месяцев

# Критерии излечения пневмонии

- Хорошее общее самочувствие
- Стойкая нормализация температуры тела
- Исчезновение локальных симптомов
- Нормализация показателей крови
- Нормализация рентгенологической картины



# Профилактика пневмонии

- Пневмококковая вакцина (А)
- Гриппозная вакцина (А)

*«Сохраняйте открытость  
мышления в отношении  
пневмонии.*

*Наших внуков будет  
интересовать эта же  
проблема и, вероятно,  
у них будет столько же  
различий во мнениях,  
как и у нас»*



*Sэр William Osler  
1849 - 1919*