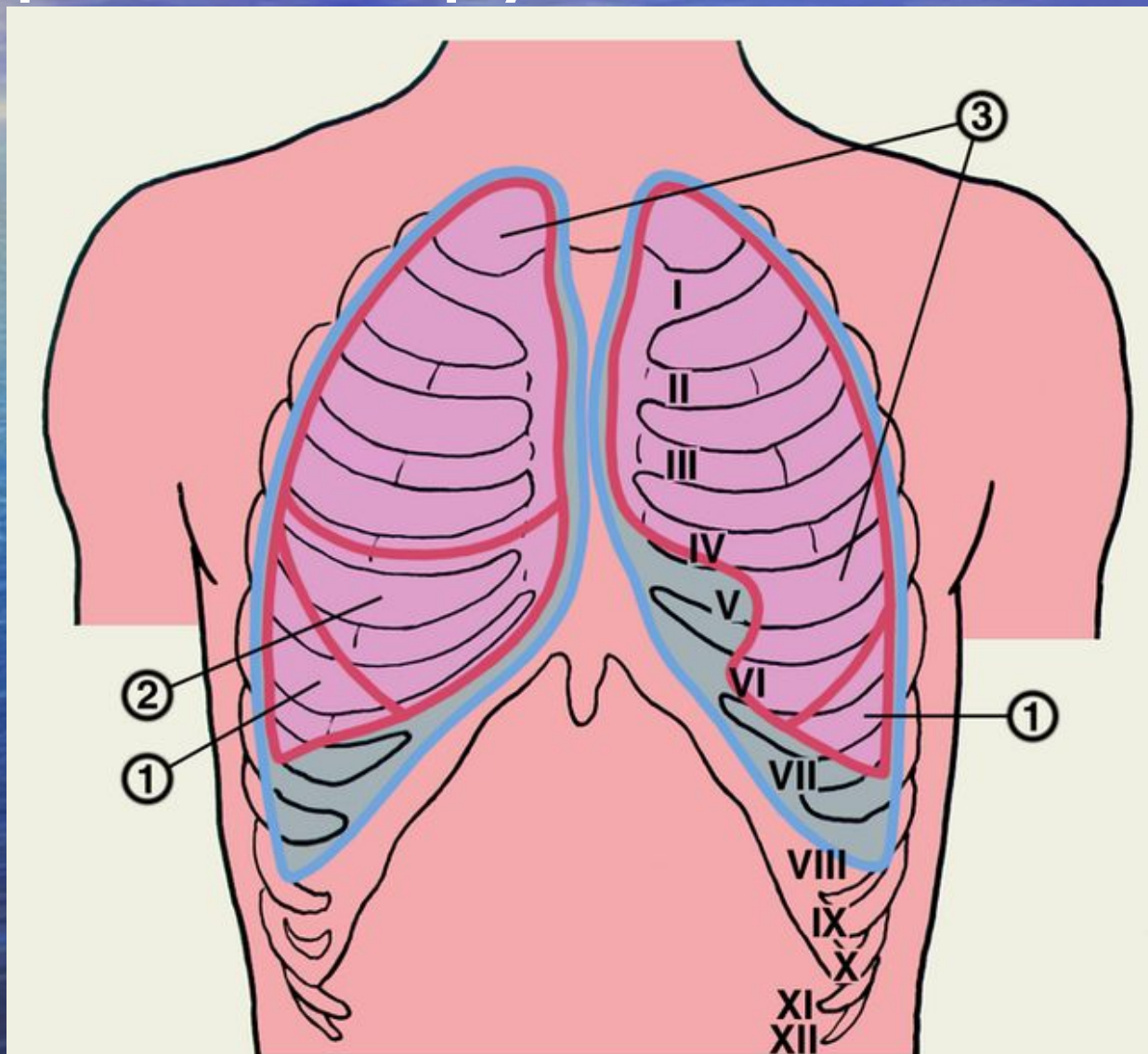


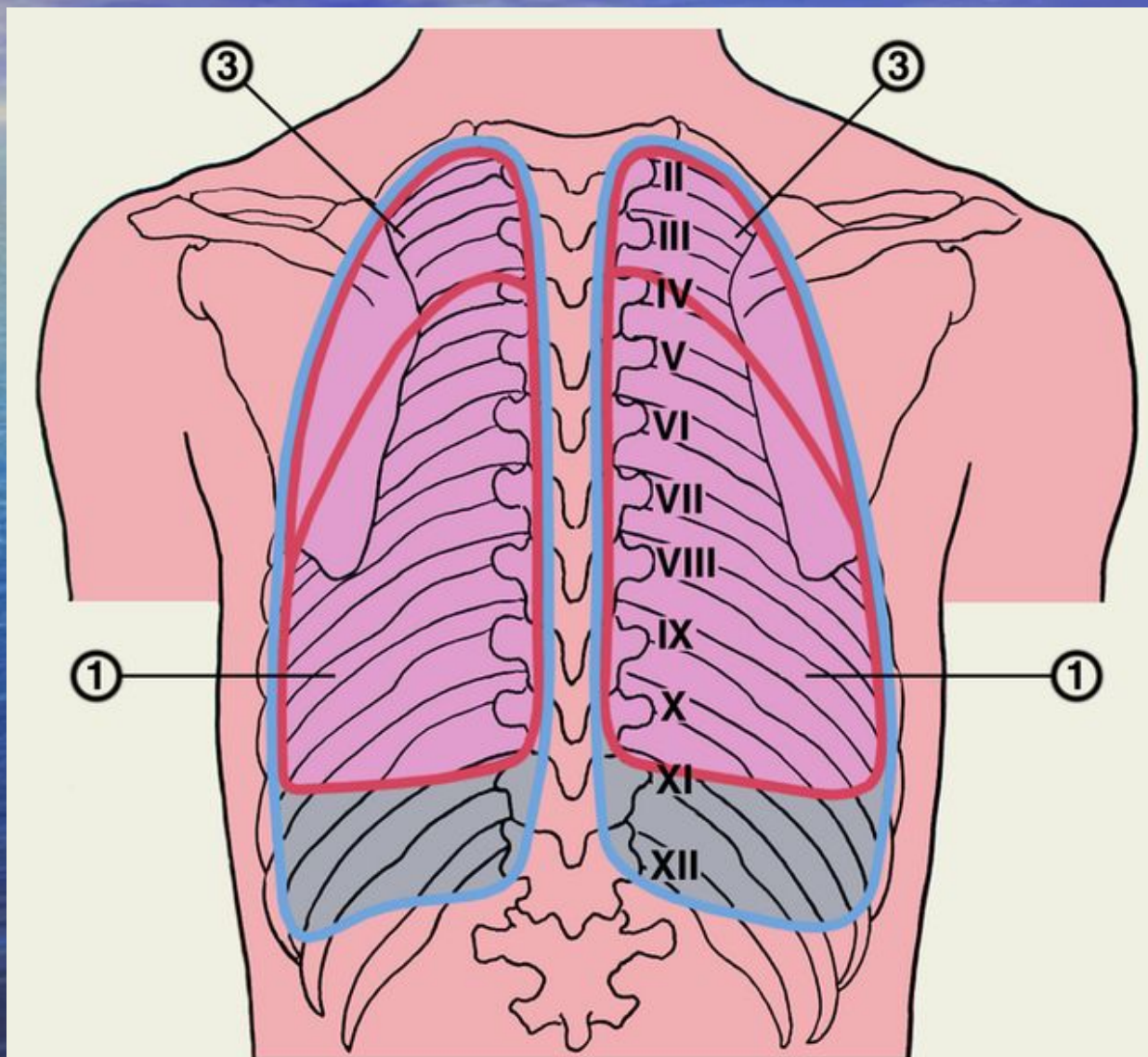


Симптомы и синдромы пневмонии

Проекция долей легких на поверхность грудной клетки



Проекция долей легких на поверхность грудной клетки

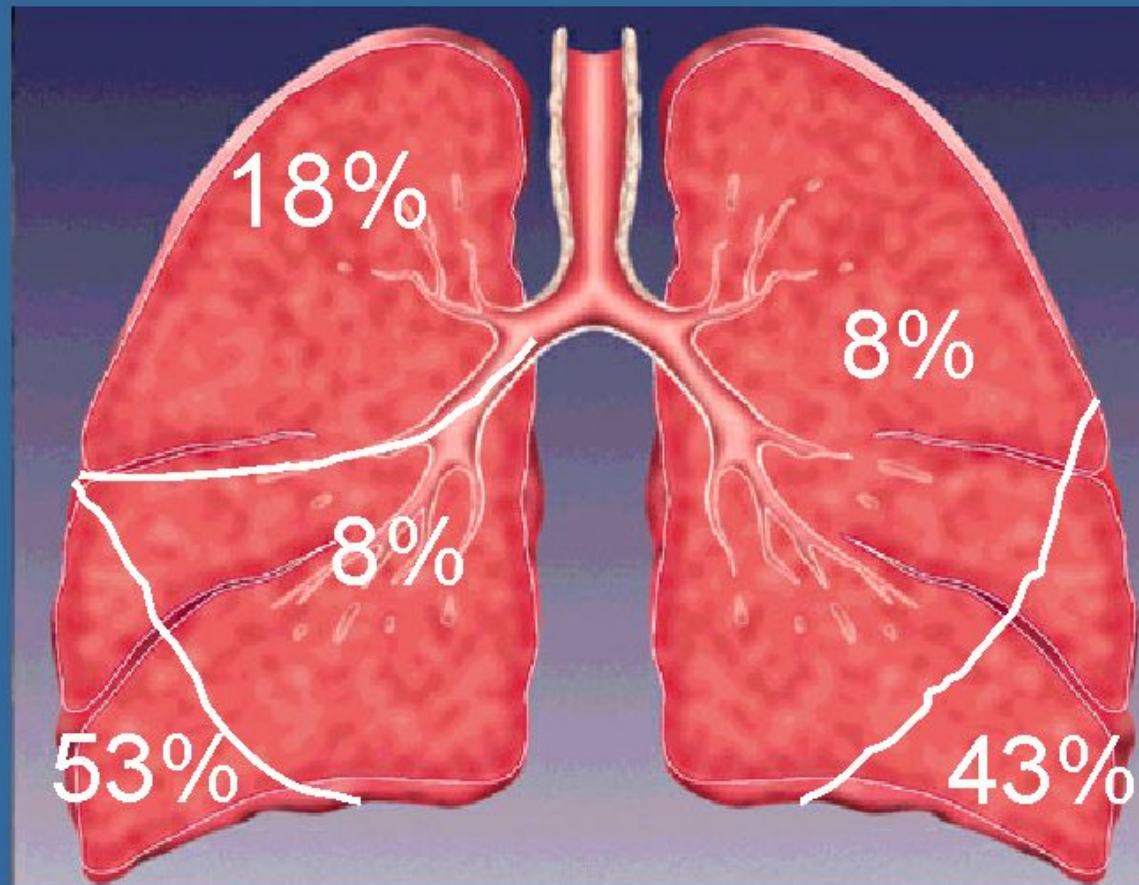




Определение

- Пневмонии – группа различных по этиологии, патогенезу, морфологической характеристике острых инфекционных (преимущественно бактериальных) заболеваний, характеризующихся очаговым поражением респираторных отделов легких с обязательным наличием внутриальвеолярной экссудации.

Топография очагов пневмонии



Несколько долей - 66%

Нижние доли пр. и л. легкого - 30%

Тотальное поражение обоих
легких - 4%

И.Черемисина, 2000

Этиология

- Бактериальные (пневмококки, стрептококки, стафилококки, энтерококки и др.)
- Пневмония, вызванная хламидиями
- Вирусные пневмонии
- Пневмония при микозах
- Пневмония при паразитозах

Классификация пневмонии

- Внебольничная
- Больничная (госпитальная)
- Аспирационная
- На фоне тяжелых иммунодефицитов (врожденный иммунодефицит, ВИЧ-инфекция, ятрогенная иммуносупрессия)

Лабораторные данные

- Характерны изменения крови в виде высокого нейтрофильного лейкоцитоза со значительным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличения СОЭ, реакций α_2 - и γ -глобулинов. Мокрота богата белком, эритроцитами, лейкоцитами.

Критерии диагноза пневмонии

- Острое лихорадочное начало заболевания ($t > 38,0^{\circ} \text{C}$);
- кашель с мокротой;
- физические признаки (фокус крепитации и/или мелкопузырчатых хрипов, жесткого/бронхиального дыхания, укорочения перкуторного звука);
- лейкоцитоз ($> 10 \times 10^9$) и/или палочкоядерный сдвиг ($> 10\%$).

Синдром дыхательной недостаточности

- Жалобы: одышка
- Анамнез: длительность бронхо-легочного заболевания
- Физические методы: цианоз, ЧД, ЧСС, сознание, проявления нарушения кислородообеспечения ЦНС, сердца и др.
- Инструментальные методы: SpO₂, ЖЕЛ, ОФВ₁, МВЛ
- Лабораторные методы: газовый состав крови

Проблема

- Повышение температуры тела

Синдром лихорадки

- Жалобы: озноб, жар, потливость, тошнота, боли в мышцах, суставах
- Анамнез: сроки заболевания и сопутствующие симптомы (синдромы)
- Физические методы: блеск глаз, гиперемия кожи лица, повышение кожной температуры, увеличение ЧСС, ЧД
- Инструментальные методы: измерение температуры тела

Лабораторно-воспалительный синдром

- Жалобы: повышенная усталость, слабость
- Анамнез: сочетание с другими синдромами (лихорадка, бронхит и др.)
- Физические методы: увеличение, болезненность лимфоузлов
- Лабораторные методы: лейкоцитоз, увеличение СОЭ;

Ро-логические критерии пневмонии

Затемнение, обусловленное воспалительной инфильтрацией имеет свои характерные особенности: локализуется в любой части легкого, затемнение имеет нечеткие контуры, неоднородную структуру (выявляются светлые полосы заполненных воздухом бронхов, сохранившихся воздушных ацинусов).



ОЧАГОВАЯ ПНЕВМОНИЯ

- Очаговую пневмонию (бронхопневмонию) характеризует развитие инфекционного
- воспалительного процесса в лёгочной паренхиме и в смежных бронхах. Чаще всего поражается
- один или несколько сегментов лёгкого, поэтому этот вид пневмонии называют также сегментарным или полисегментарным.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

- Причиной бронхопневмонии может быть любой вышеуказанный инфекционный агент, но чаще всего возбудителем выступают палочка Пфайффера, стафилококк, пневмококк. Обычно заболевание возникает у лиц с хроническим бронхитом и бронхоэктазами, больных с хроническими заболеваниями сердца и застоем крови в малом круге кровообращения, сахарным диабетом, а также после травм и оперативных вмешательств.

Клиника бронхопневмонии

- Характерно относительно постепенное начало заболевания после перенесённого гриппа, простуды.
- Начало пневмонии характеризуется повышением температуры тела, усилением кашля с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты.
- В области очага можно определить усиление голосового дрожания, притупление перкуторного звука, жёсткий оттенок везикулярного дыхания, влажные мелкопузырчатые звонкие хрипы.

Клиника бронхопневмонии

- При более глубокой локализации очага все эти признаки обычно отсутствуют, кроме влажных мелкопузырчатых звонких хрипов. Звонкость хрипов в данном случае свидетельствует о наличии перибронхиального очага уплотнения (инфильтрата).
- При исследовании крови обнаруживают умеренный лейкоцитоз с небольшим сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНАЯ (АТИПИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ)

- Интерстициальная пневмония характеризуется воспалительным процессом с образованием диффузных перибронхиальных или периваскулярных инфильтратов в ткани лёгкого. Возбудителями этой пневмонии выступают вирусы, пневмоцисты, микоплазмы, легионелла, хламидии.
- Этот вариант пневмонии называют также атипичным. Клиническая картина часто весьма стёрта: отмечают субфебрилитет, кашель, чаще сухой, при аускультации выявляют жёсткий оттенок везикулярного дыхания, сухие или влажные мелкопузырчатые звонкие хрипы.

ГОСПИТАЛЬНАЯ (НОЗОКОМИАЛЬНАЯ) ПНЕВМОНИЯ

- Госпитальная пневмония - острое инфекционное поражение дыхательных путей в виде очаговой
- пневмонии, подтверждённой рентгенологически и возникшей через 2 сут и более после поступления пациента в больницу. Внутрибольничному заражению подвергаются не менее 5% госпитализированных больных.
- Помимо инфильтратов для внутрибольничной пневмонии характерны лихорадка, лейкоцитоз, гнойная мокрота.

Крупозная (долевая пневмония)

- Крупозная пневмония характеризуется поражением одной или нескольких долей лёгкого с вовлечением в воспалительный процесс плевры. Поэтому крупозную пневмонию называют ещё долевой или плевропневмонией.

Клинические периоды течения крупозной пневмонии

1. Период предвестников (начала болезни)
2. Период разгара
3. Период разрешения
4. Период реконвалесценции

Морфологические стадии течения крупозной пневмонии

1. Стадия прилива (отек)
2. Стадия красного опеченения
3. Стадия серого опеченения
4. Разрешение (пневмофиброз, пневмосклероз, восстановление структуры легочной ткани)

Жалобы

- Резкое повышение температуры тела до 39-40 °С. Характерен постоянный тип высокой лихорадки с потрясающими ознобами.
- Тяжёлый интоксикационный синдром с головной болью, бессонницей, бредом.
- Кашель, сначала сухой, затем с мокротой, которая быстро становится слизисто-гнойной и часто содержит примесь крови и фибрина, придающую ей своеобразный "ржавый" вид.
- С первых же дней болезни в соответствующей половине грудной клетки могут возникнуть типичные для сухого плеврита боли (плевральный синдром), отражающие вовлечение в воспалительный процесс плевры.

Клиническая картина

- В разгар заболевания отмечают резко учащённое поверхностное дыхание. В акте дыхания, как правило, участвуют вспомогательные мышцы. Лицо больного гиперемировано.
- Подвижность грудной клетки на стороне поражения снижена (соответствующая половина отстаёт при дыхании), голосовое дрожание над этой областью значительно усилено.

Клиническая картина

- Перкуторно определяют укорочение звука, часто с тимпаническим оттенком. При аускультации отмечают ослабление везикулярного дыхания, крепитацию как проявление воспалительного процесса в альвеолах при сохранении их вентиляции.
- В период наибольшей выраженности уплотнения (стадия опеченения) перкуторный звук становится тупым, дыхание - бронхиальным, можно выслушать звонкие мелкопузырчатые хрипы; бронхофония усиливается.
- Разрешение пневмонии сопровождается признаками, повторяющими стадию прилива, в том числе и появлением крепитации (*crepitatio redux*). Содружественный сухой плеврит сопровождается типичным шумом трения плевры.

Возбудители внебольничной ПНЕВМОНИИ

Основные возбудители:

- 1) *Streptococcus pneumoniae* (30-50%)
- 2) *Haemophilus influenzae* (1-3-20%)

Атипичные возбудители:

- 1) *Chlamydomphila pneumoniae* (до 20%)
 - 2) *Mycoplasma pneumoniae* (до 8%)
 - 3) *Legionella pneumophila* (1-5%)
- (8-25%)

Редкие возбудители:

- 4) *Staphylococcus aureus*
 - 5) *Klebsiella pneumoniae*
 - 6) Другие
- (3-5%)

Лечение внебольничной пневмонии

- Амоксициллин 500 мг 3 раза в день или амоксициллин/клавуланат + азитромицин 500 мг 1 раз в день 7-14 дней
- При тяжелом течении:
 - Госпитализация
 - Кислородотерапия
 - Внутривенное введение антибиотика
 - Цефтриаксон в сочетании с азитромицином

Лечение госпитальной пневмонии

- **Раннее начало** (< 4 дней от момента госпитализации)
 - Цефтриаксон 2 гр 1 раз в день
- **Позднее начало** (> 4 дней от момента госпитализации)
- **Цефтазидим + Моксифлоксацин или левофлоксацин**
 - или
 - Цефтазидим 1,0 гр в/в + меропинем 1 гр 3 раза в день
 - или
 - Ципрофлоксацин 400 мг 3 раза в день + Меронем или линезолид 600 мг 2 раза в день

Тяжесть течения пневмонии

- Тяжелое течение
- Нетяжелое течение

Клинические критерии тяжелого течения пневмонии

- Острая дыхательная недостаточность: ЧД > 30 в мин, насыщение кислорода < 90%
- Гипотензия (САД < 90 мм рт.ст., ДАД < 60 мм рт.ст.)
- Билатеральное или многодолевое поражение
- Нарушение сознания
- Внелегочный очаг инфекции (менингит,

Лабораторные критерии тяжелого течения пневмонии

- лейкопения ($< 4 \times 10^9$ /л)
- гипоксемия: $SpO_2 < 90\%$ $PO_2 < 60$ мм рт.ст.
- $Hb < 100$ г/л
- $Ht < 30\%$
- острая почечная недостаточность (анурия, креатинин в крови $> 0,18$ ммоль/л, мочевины > 15 ммоль/л)

Осложнения пневмонии

- Легочные
- Внелегочные

Легочные осложнения пневмонии

- абсцедирование
- гангрена легкого
- плеврит
- эмпиема плевры
- пиопневмоторакс
- ДН

Внелегочные осложнения пневмонии

- сепсис
- инфекционно-токсический шок
- миокардит, НК

Сестринский уход

- **Проблемы пациента:**
- *Настоящие:* одышка, лихорадка, боль в грудной клетке, слабость, кашель с выделением мокроты.
- *Потенциальные:* риск развития тяжелой дыхательной недостаточности, сердечно-сосудистой недостаточности, плеврита, легочного кровотечения, абсцедирования.
- *Приоритетные проблемы:* лихорадка.
- *Краткосрочная цель:* снижение температуры тела в течение 3-5 дней.
- *Долгосрочная цель:* поддержание в норме температуры тела к моменту выписки.

План Мотивация

- 1. Измерять температуру тела каждые 2-3 часа. **Мотивация:** контроль за температурой тела для ранней диагностики осложнений и оказания соответствующей помощи больному.
- 2. Согреть больную (теплые грелки к ногам, тепло укрыть больную, дать теплый сладкий чай).
- **Мотивация:** осуществляется в период падения температуры для согревания больной, уменьшения теплоотдачи.
- 3. Обеспечить витаминизированное питье (соки, теплый чай с лимоном, черной смородиной, настоем шиповника).
- **Мотивация** Для снижения интоксикации.

План Мотивация

- 4. Орошать слизистую рта и губ водой, смазывать вазелиновым маслом, 20% р-ром буры в глицерине трещины на губах.
- **Мотивация:** для ликвидации сухости слизистой рта и губ.
- 5. Постоянно наблюдать за больной при бреде и галлюцинациях, сопровождающих повышение температуры.
- **Мотивация:** для предупреждения травм.

План Мотивация

- 6. Измерять АД и пульс, частоту дыхания.
- **Мотивация:** для ранней диагностики тяжелой дыхательной и сердечной недостаточности.
- 7. Обеспечить смену нательного и постельного белья, туалет кожи.
- **Мотивация:** для предупреждения нарушений выделительной функции кожи, профилактики пролежней.
- 8. Положить пузырь со льдом или холодный компресс на шею и голову при гипертермии.
- **Мотивация:** для снижения отека мозга, предупреждения нарушений сознания, судорог и других осложнений со стороны ЦНС.9.

План Мотивация

- 9. При критическом понижении температуры:- приподнять ножной конец кровати, убрать подушку;- вызвать врача;- обложить теплыми грелками, укрыть, дать теплый чай;- приготовить 10% р-р кофеина, 10% р-р сульфокамфокаина;- сменить белье, протереть насухо.
- **Мотивация:** Для профилактики острой сосудистой недостаточности.
- **Оценка:** через 3-5 дней при правильном ведении температура больного снизилась без осложнений, цель достигнута.