

РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

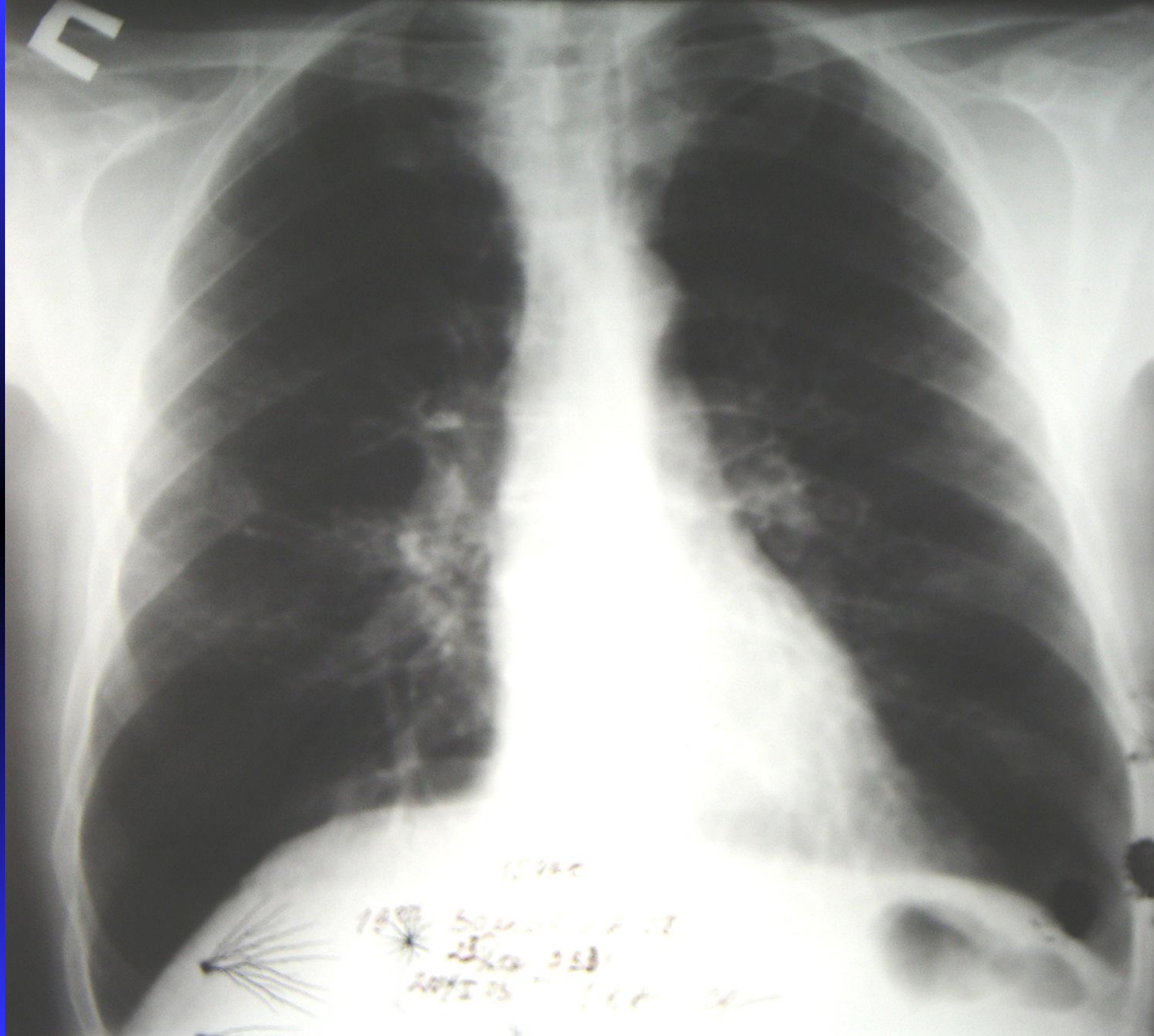
Кафедра госпитальной терапии №1 л/ф

Зав. кафедрой – профессор В.А. Люсов

ГКБ №15 им. О.М. Филатова

П Н Е В М О Н И И

Лектор – профессор, д.м.н. О.А. Байкова



R

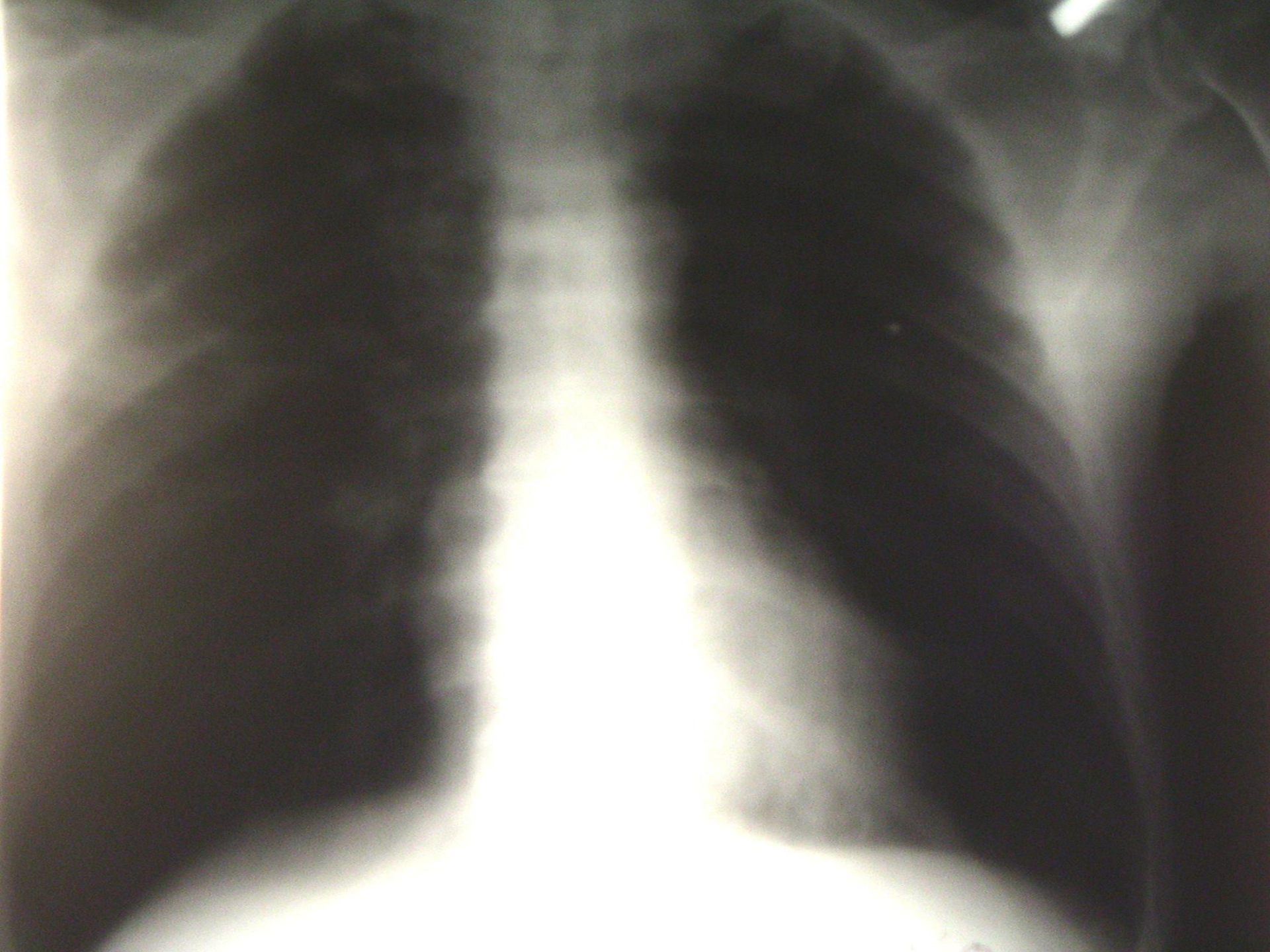
10/10/00

1800 South St

Box 258

APR 25 1900







Handwritten notes at the bottom of the X-ray, including a signature and the date "10/15/11".

КРИТЕРИИ ТЯЖЕЛОГО КРИТЕРИИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ ПНЕВМОНИИ

- ДВУСТОРОННЯЯ ИЛИ МНОГОДОЛЕВАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ
- ТЯЖЕЛАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (ЧДД >30 В МИНУТУ, PaO₂ > 60 ММ РТ. СТ.)
- НАЛИЧИЕ ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ (ПАРАПНЕВМОНИЧЕСКИЙ ПЛЕВРИТ, АБСЦЕДИРОВАНИЕ)
- СПУТАННОСТЬ, НАРУШЕНИЕ СОЗНАНИЯ
- ДЕКОМПЕНСАЦИЯ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ (САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ)
- КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ < 4x10⁹/л или > 30x10⁹/л
- БЫСТРОЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ПРОЦЕССА (РАСПРОСТРАНЕНИЕ ИНФИЛЬТРАЦИИ НА 50% И БОЛЕЕ ОТ ИСХОДНОЙ В ТЕЧЕНИЕ 48 ЧАСОВ НАБЛЮДЕНИЯ)

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ: ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ:

ИСХОДНАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

(ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕСПИРАТОРНОЕ ОБЩЕСТВО)
ОБЩЕСТВО)

- НЕТЯЖЕЛАЯ «ПНЕВМОКОККОВАЯ» ПНЕВМОНИЯ
- НЕТЯЖЕЛАЯ АТИПИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ
- ТЯЖЕЛАЯ ПНЕВМОНИЯ, ВЕРОЯТНО, ПНЕВМОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ
- ТЯЖЕЛАЯ ПНЕВМОНИЯ НЕИЗВЕСТНОЙ ЭТИОЛОГИИ
- АСПИРАЦИОННАЯ («АНАЭРОБНАЯ») ПНЕВМОНИЯ

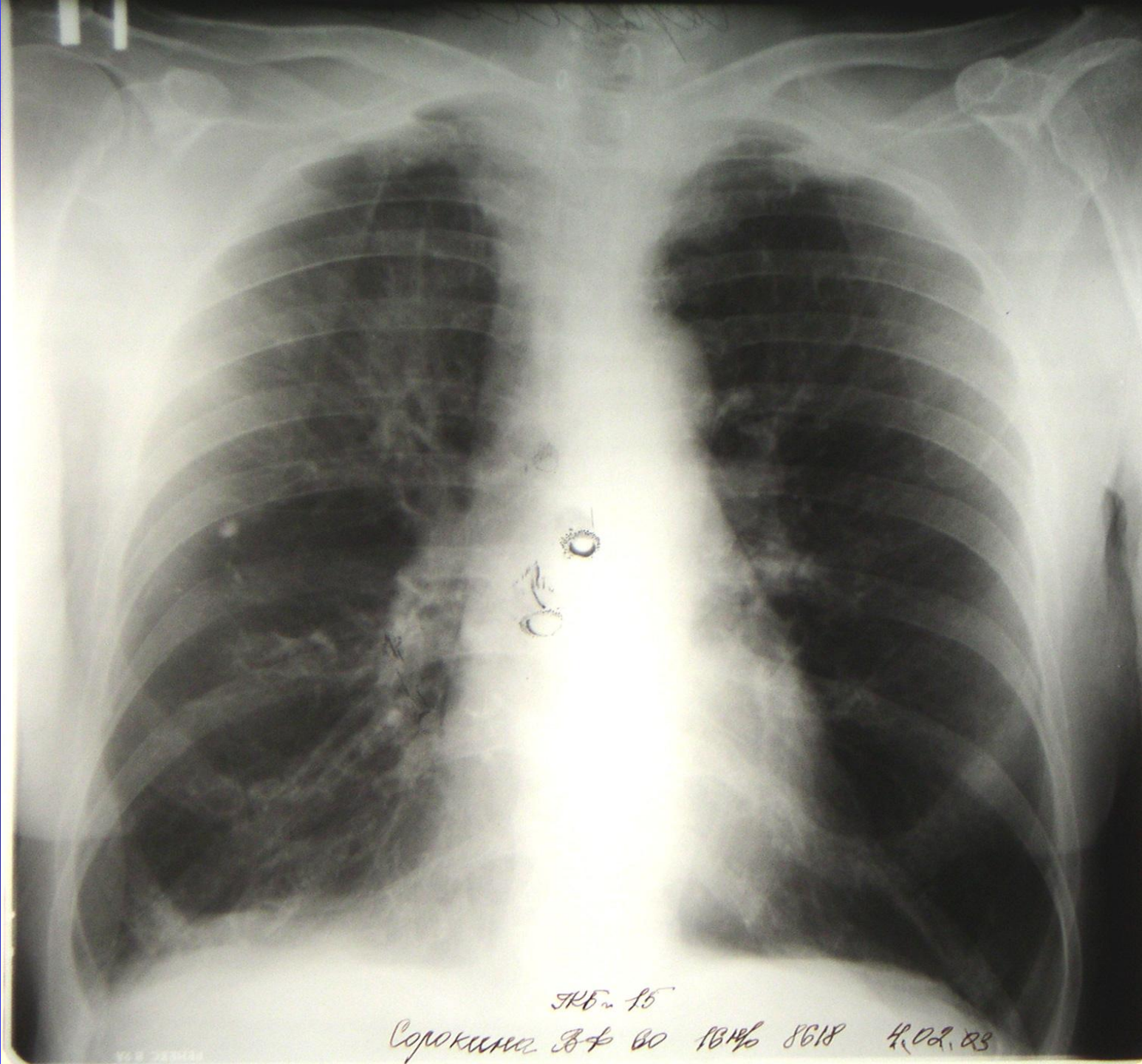
15 КБ

18⁵⁰ Архипова Л П 68

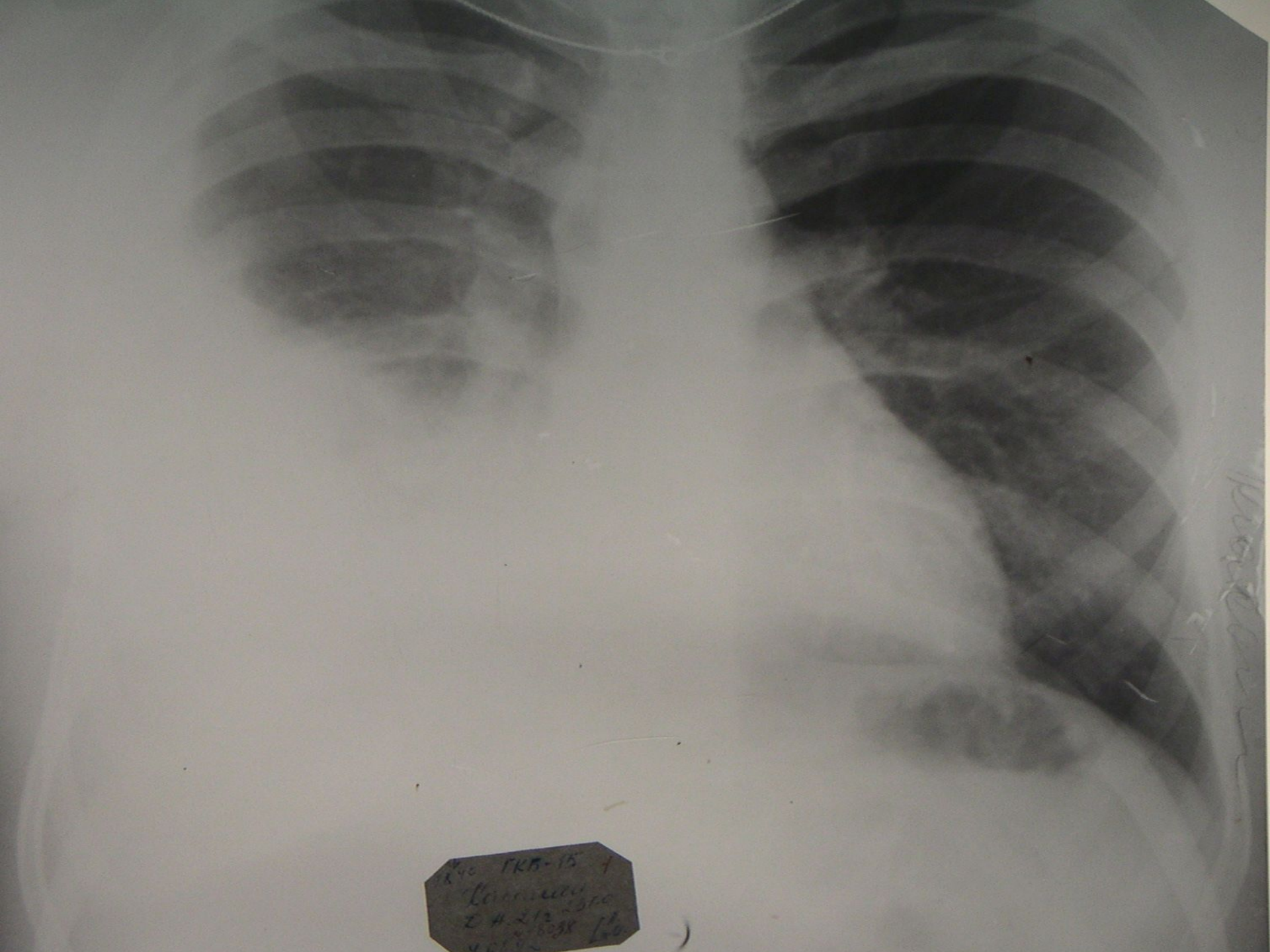
! 2 мес. н 26.36

3/II 05 ГВА Дод

Архипова



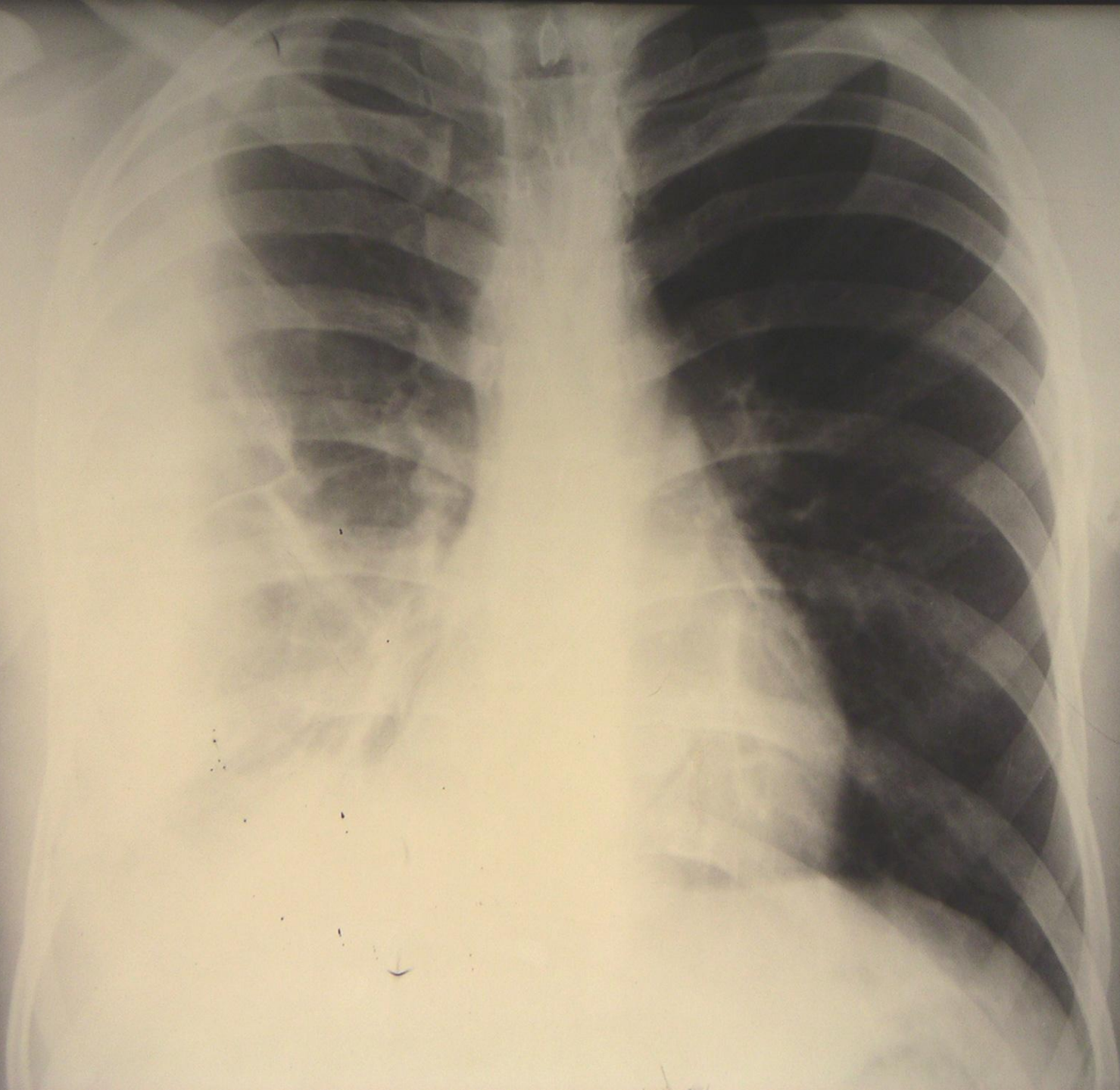
ЖКБ № 15
Сорокская ЗФ 60 1814/8618 4.02.83

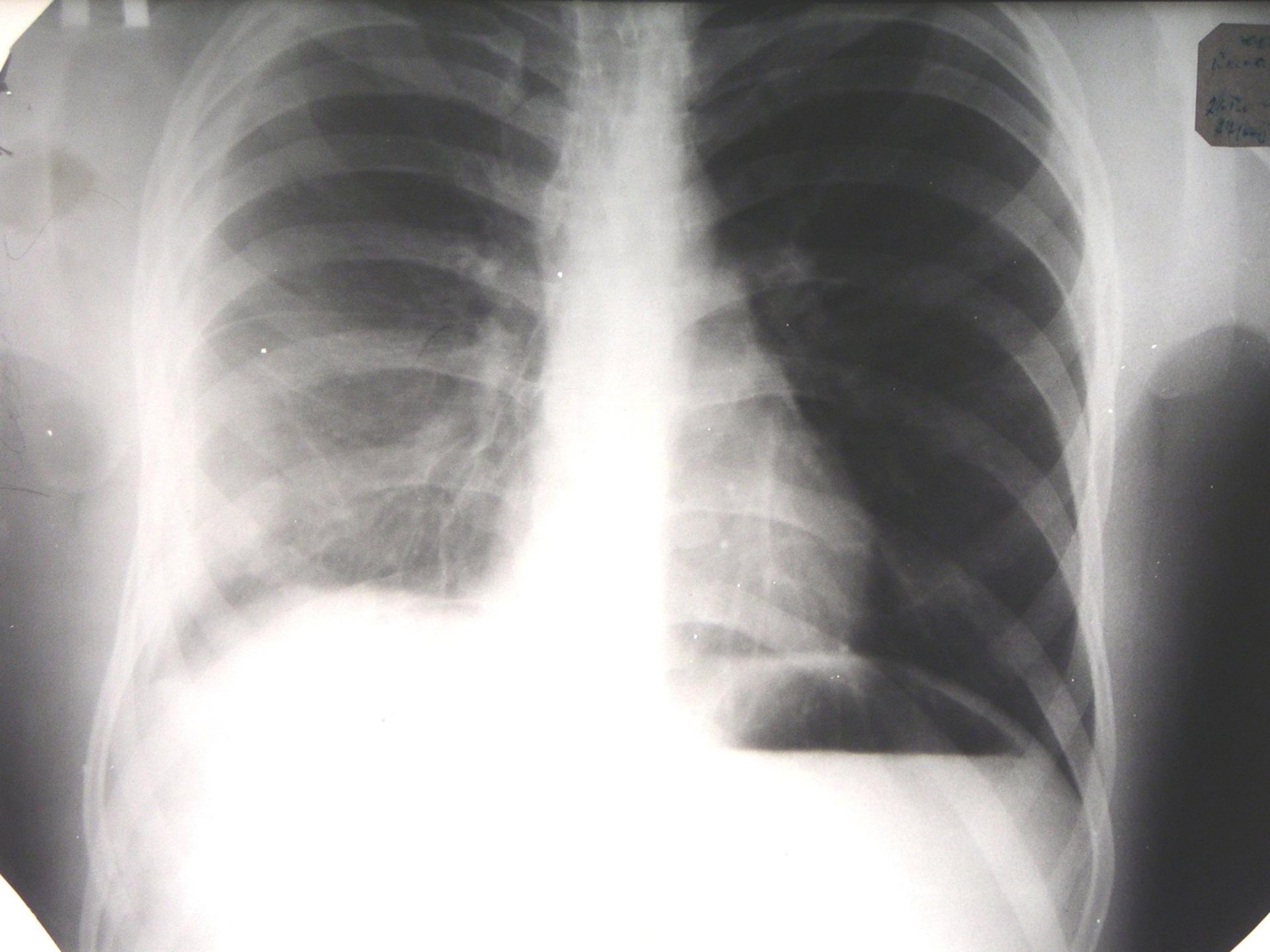


Vertical handwritten text on the right edge of the image, possibly a name or date.

FRB-15
L...
Z H 213
4538

Handwritten text on a label in the top left corner, including a name and date.





45
R. 100
2670
24/100

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Непостоянные и часто невыраженные физикальные признаки заболевания

Неоднозначная трактовка имеющихся аускультативных симптомов и Rg картины в связи с фоновой патологией (ХОЗЛ, легочные фиброзы, левожелудочковая недостаточность)

Частые нарушения со стороны ЦНС (апатия, заторможенность, спутанность сознания, сопорозное состояние и др.)

Необъяснимые падения, часто предшествующие появлению легочной симптоматики пневмоний

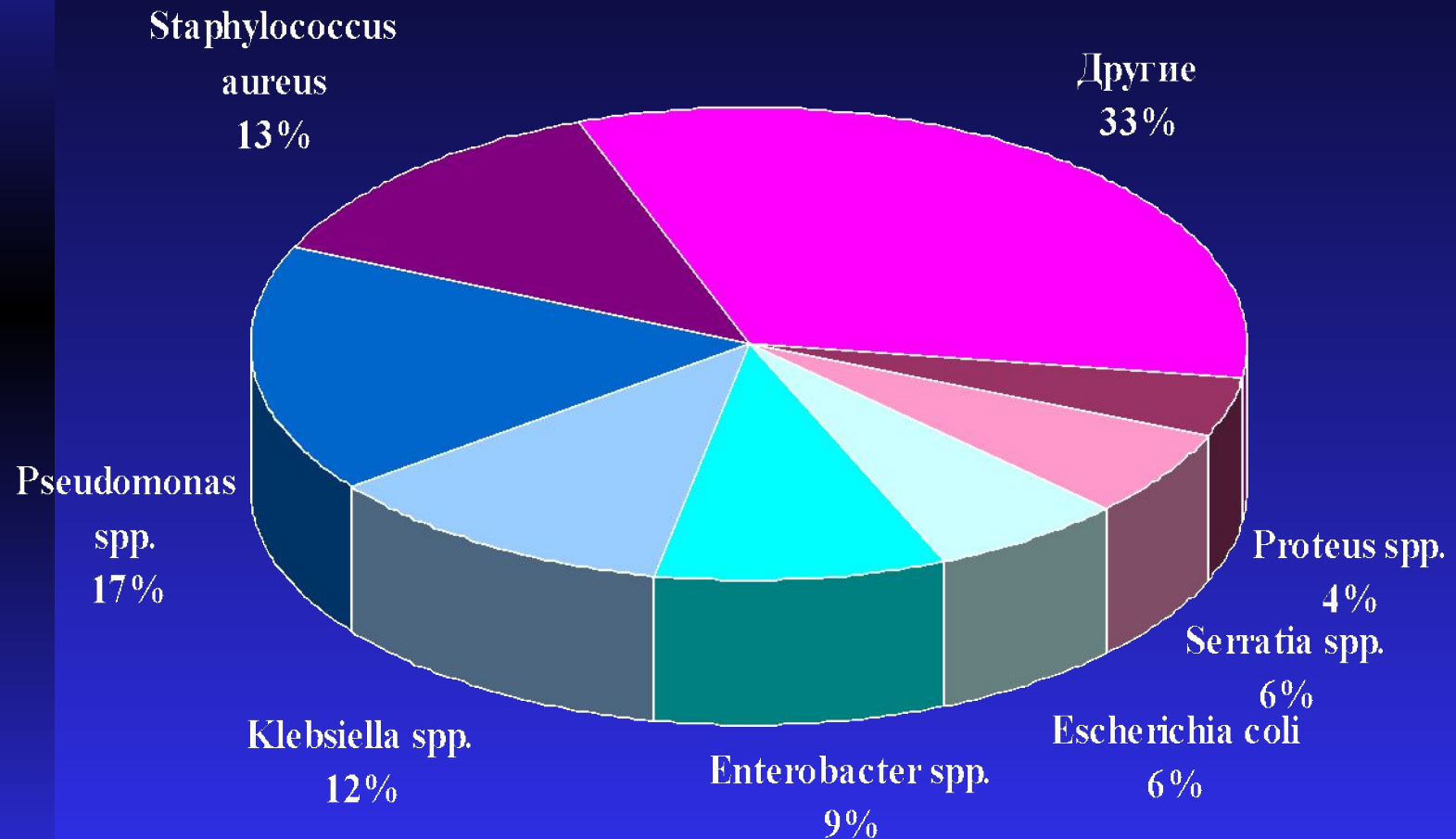
Декомпенсация сопутствующих заболеваний (сердечная и дыхательная недостаточность, сахарный диабет, дисциркуляторная энцефалопатия) нередко выступающая на первый план в клинической картине

Тяжелое течение заболевания, обусловленное характером возбудителя, (часто грамотрицательная флора, стафилококк), сопутствующей патологией, несвоевременной диагностикой

РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПНЕВМОНИЙ

Рис. 2

Этиология госпитальных (нозокомиальных) пневмоний



ФАКТОРЫ РИСКА, ПРИВОДЯЩИЕ К УХУДШЕНИЮ ЗАЩИТНОЙ ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА

ОРГАНИЗМА

СВЯЗАННЫЕ С СОСТОЯНИЕМ ПАЦИЕНТА

- Острые и хронические заболевания
- Кома
- Не полноценное питание
- Длительная госпитализация
- Гипотония
- Метаболический ацидоз
- Табакокурение
- Сопутствующие заболевания:
 - Дисфункция ЦНС, ХОБЛ, сахарный диабет, алкоголизм, азотемия, дыхательная недостаточность

ФАКТОРЫ СВЯЗАННЫЕ С НЕДОСТАТОЧНЫМ КОНТРОЛЕМ ИНФЕКЦИИ

ПОТЕНЦИАЛЬНО КРУПНЫЕ ИНОКУЛЯТЫ БАКТЕРИЙ ВОЗДЕЙСТВУЮТ ЧЕРЕЗ

- Руки медицинского персонала
- Зараженные предметы и оборудование
- Дыхательные устройства с инфицированным конденсатом

ФАКТОРЫ СВЯЗАННЫЕ С ЛЕЧЕБНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ

- Седативные лекарственные препараты – подавляют ЦНС – аспирация
- Кортикостероиды и цитотоксические препараты нарушают защитные силы организма
- Длительное или осложненное хирургическое вмешательство
- Эндотрахеальная интубация
- Продолжительное и неадекватное применение антибиотиков
- Антациды и блокаторы H_2 – рецепторов приводят к колонизации желудка микроорганизмами
- Энтеральное питание через назогастральный зонд
- Эндотрахеальный зонд, который покрывается бактериальной биопленкой

ОПОРНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ

ПРИЗНАКИ

ЛЕГОЧНОГО ВОСПАЛЕНИЯ В РАМКАХ

МИСОРЛАСМАРПНЕЧУЖОРНАЕМНОФЕКЦИИ

- **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ** – определяется цикличность с пиком заболеваемости каждые 3-5 лет, наибольшая «уязвимость» лиц детского, юношеского и молодого возрастов, характерны эпидемиологические вспышки в тесно взаимодействующих коллективах (школьники, военнослужащие и т.д.)
- **КЛИНИЧЕСКИЙ ДЕБЮТ БОЛЕЗНИ** – начало с фарингита, трахеобронхита
- **ДАННЫЕ ФИЗИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ** – стойкая тахикардия, тенденция к гипотензии, мелкопузырчатые влажные хрипы и незвучная крепитация над зоной легочного поражения –при отсутствии притупления перкуторного звука и усиления голосового дрожания, шейная, реже генерализованная лимфаденопатия, кожные сыпи, гепатоспленомегалия
- **РЕНТГЕН – МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ** – неоднородная инфильтрация преимущественно нижних долей легких, медленный регресс (несколько недель) изменений, чрезвычайная редкость массивного очагово – сливного поражения легочной ткани и плеврального выпота

ОСНОВНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ

ПРИЗНАКИ

ЛЕГОЧНОГО ВОСПАЛЕНИЯ В РАМКАХ

STAMYDIA-PSITTACI – ИНФЕКЦИИ

- ✓ **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ** – профессиональный или бытовой контакт с домашней (декоративной) или дикой птицей, семейные или групповые вспышки острого лихорадочного заболевания
- ✓ **КЛИНИЧЕСКИЙ ДЕБЮТ БОЛЕЗНИ** – острое начало, нередко выраженность лихорадочного и интоксикационного синдромов при отсутствии, как правило, острого воспаления верхних дыхательных путей
- ✓ **ДАННЫЕ ФИЗИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ** – относительная «скудность» стетоакустической картины над пораженными участками легочной ткани, относительная брадикардия
- ✓ **РЕНТГЕН-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ** – очаговая или очагово-сливная инфильтрация легочной ткани, нередко реакция плевры
- ✓ **ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ** – нередко лейкопения, выраженный палочкоядерный сдвиг, значительное ускорение СОЭ

ПРИЗНАКИ ЛЕГОЧНОГО ВОСПАЛЕНИЯ В

РАМКАХ ЛЕГИОНЕЛЛЕЗНОЙ

✓ **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ** – земляные работы; строительство, проживание вблизи открытых водоемов, контакты с кондиционерами, увлажнителями воздуха, групповые вспышки остролихорадочного заболевания в тесно взаимодействующих коллективах

✓ **КЛИНИЧЕСКИЙ ДЕБЮТ БОЛЕЗНИ** – острое начало, высокая лихорадка, одышка, сухой кашель, плевральные боли, цианоз, преходящая диарея, нарушения сознания, миалгии, артралгии

✓ **ДАННЫЕ ФИЗИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ** – относительная брадикардия, влажные хрипы над зоной легочного поражения, шум трения плевры, длительно сохраняющаяся инспираторная крепитация

✓ **РЕНТГЕН-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ** – слабо ограниченные закругленные инфильтраты, прогрессирование процесса от одностороннему к билатеральному, длительное разрешение изменений (до 3-х месяцев и более) после клинического выздоровления

✓ **ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ** – относительная или абсолютная лимфопения на фоне умеренного лейкоцитоза со сдвигом влево, нередко значительное увеличение СОЭ до 50-60 мм/ч

МОРФОЛОГИЯ РЯДА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ПНЕВМОНИЙ ПО ДАННЫМ БАКТЕРИОСКОПИИ МОКРОТЫ

МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА	ВОЗМОЖНЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ
Грамположительные диплококки	Пневмококк
Цепочки грамположительных кокков	Стрептококк
Грозди грамположительных кокков	Стафилококк
Короткие грамотрицательные палочки	Гемофильная палочка
Грамотрицательная флора	Клебсиелла, кишечная палочка, бронхамелла

ФАКТОРЫ РИСКА УВЕЛИЧЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ

ПНЕВМОНИЯХ

Клинические данные	Лабораторные данные
Одышка (ЧДД >30 в мин.)	Лейкопения или гиперлейкоцитоз (<4,0 или >20,0 x 1000/мкл)
Температура >38,5 С	Гематокрит >30%
Очаги внелегочной инфекции	Гипоксемия (РаО арт. крови <60 мм рт. ст.)
Сосудистая недостаточность (САД<90 мм рт.ст. или ДАД <60 мм рт.ст.)	<p>Рентгенологические признаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ поражение более одной доли ✓ абсцедирование ✓ быстрое увеличение инфильтрации ✓ наличие плеврита
Нарушение сознания	Сепсис или дисфункция одного или нескольких органов

ДОЗИРОВАНИЕ АНТИБИОТИКОВ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИЙ

<u>ПЕНИЦИЛЛИНЫ</u>			
Бензилпенициллин	500000-1000000 ЕД 500000-1000000 ЕД	каждые 6-8 часов каждые 4 часа	(в/в) (в/м)
Ампициллин	0,5-1,0-2,0 г 0,5 г	каждые 6-8 часов каждые 6 часов	(в/м) (в/в)
Амоксициллин	0,5-1,0 г 0,5-1,0 г	каждые 8 часов каждые 8-12 часов	(п/о) (в/м, в/в)
Амоксициллин+ клавулановая кислота (амоксиклав)	0,375-0,625 г 1,2 г	каждые 8 часов каждые 6-8 часов	(п/о) (в/в)
Оксациллин	0,5 г	каждые 4-6 часов	(в/в, в/м, п/о)

ДОЗИРОВАНИЕ АНТИБИОТКОВ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИЙ

<u>ЦЕФАЛОСПОРИНЫ</u>			
Цефлютин (кефлин)	0,5-2,0 г	каждые 4-6 часов	(в/м,в/в)
Цефазолин (кефзол)	0,5-2,0 г	каждые 8 часов	(в/м,в/в)
Цефокситин (бонцефин, мефоксин)	1,0-2,0 г	каждые 8 часов	(в/м,в/в)
Цефуроксим (зинацеф, кетоцеф)	0,75-1,5 г	каждые 6-8 часов	(в/м,в/в)
Цефотаксим (клафоран)	1,0-2,0 г (максимум до 12 г в сутки)	каждые 12 часов	(в/м,в/в)
Цефтриаксон (лонгацеф, роцефин)	1,0-2,0-4,0 г	каждые 24 часа	(в,м,в/в)

ДОЗИРОВАНИЕ ДОЗИРОВАНИЕ АНТИБИОТИКОВ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИЙ

<u>АМИНОГЛИКОЗИДЫ</u>			
Гентамицин	80 мг	каждые 12 часов	(в/м, в/в)
Амикацин	10-15 мг/кг	каждые 12 часов	(в/м, в/в)
Тобрамицин (брудамицин)	3-5 мг/кг	каждые 8 часов	(в/м, в/в)
<u>МАКРОЛИДЫ</u>			
Эритромицин	0,5 г	каждые 6-8 часов	(п/о)
	0,5-1,0 г	каждые 6-8 часов	(в/в)
Ровамицин	3,0 млн.МЕ	каждые 8-12 часов	(п/о)
	1,5-3,0 млн.МЕ	каждые 8-12 часов	(в/в)

ДОЗИРОВАНИЕ АНТИБИОТИКОВ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИЙ ПНЕВМОНИЙ

<u>ФТОРХИНОЛОНЫ</u>			
Цефлуксацин	400 мг	каждые 12 часов	(п/о, в/в)
Ципроофлоксацин (ципробай)	500 мг 200-400 мг	каждые 12 часов каждые 12 часов	(п/о) (в/в)
Офлоксацин (таривид)	200 мг	каждые 12 часов	(п/о)
<u>ТЕТРАЦИКЛИНЫ</u>			
Доксицилин (вибрамицин)	200 мг в 1-ый день далее по 100 мг	каждые 24 часа	(п/о)
Миноциклин (миноцин)	200 мг в 1-ый день далее по 100 мг	каждые 12 часов	(п/о)
Азтреонам (азактам)	1,0-2,0 г	каждые 8-12 часов	(в/м)
Имипенем/циластатин (тиенам)	50 мг	каждые 6-8 часов	(в/м)

МАКРОЛИДЫ

14-членное лактонное кольцо	15-членное лактонное кольцо	16-членное лактонное кольцо
Природные полусинтетичес кие соединения	Азалиды	Природные соединения
Эритромицин Диритромицин Рокситромицин кларитромицин	азитромицин	Спирамицин (РОВАМИЦИН) джозамицин

ВЫБОР АНТИБИОТИКА ПРИ УСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

ВОЗБУДИТЕЛЬ	ПРЕПАРАТЫ I РЯДА	ПРЕПАРАТЫ II РЯДА
<i>Str. pneumoniae</i>	Пенициллины/макролиды	Цефалоспорины II-III
<i>Streptococci</i>	Пенициллины/макролиды	Цефалоспорины II-III
<i>Haemophilus influenzae</i>	АМП/СБ, АМО/КК фторхинолоны	Цефалоспорины III левомицетин
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	макролиды	Фторхинолоны/доксциклин
<i>Chlamidia pneumoniae</i>	макролиды	Фторхинолоны/доксциклин
<i>Legionella pneumoniae</i>	макролиды	Фторхинолоны/рифампицин
<i>Staph. Aureus</i>	Оксациллин/ АМП/СБ, АМО/КК, макролиды	фторхинолоны, карбапенемы Цефалоспорины III
<i>Klebsiella pneumonia</i>	Аминогликозиды/фторхинолоны	Цефалоспорины III-IV
<i>Acinetobacter spp.</i>	Аминогликозиды/фторхинолоны	Цефалоспорины III-IV
<i>Enterobacter spp.</i>	Аминогликозиды/фторхинолоны	Цефалоспорины III-IV
<i>Bacteroides fragilis</i>	Метронидазол/ АМП/СБ, АМО/КК	Клиндамицин/карбапенемы

ПНЕВМОНИЙ

ВЫБОР АНТИБИОТИКА

ВЫБОР АНТИБИОТИКА

Клиническая ситуация	Вероятный возбудитель	Антибиотик
Пневмония легкого течения у лиц моложе 60 лет без сопутствующих заболеваний	Пневмококк Микопlasма Хламидии	МАКРОЛИДЫ
Пневмония у лиц 60 лет и старше или на фоне сопутствующих заболеваний	Пневмококк Гемофильная палочка	Аминопенициллины, Макролиды
Пневмония тяжелого течения	Пневмококк Гемофильная палочка Полимикробные	АМО/КК, АМП/СБ, + цефалоспорины III поколения
Пневмония тяжелого течения и факторы риска увеличения летальности	Пневмококк Легионелла Грам – палочки	Цефалоспорины III поколения + макролиды, фторхинолоны

ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ

ВЫБОР АНТИБИОТИКА

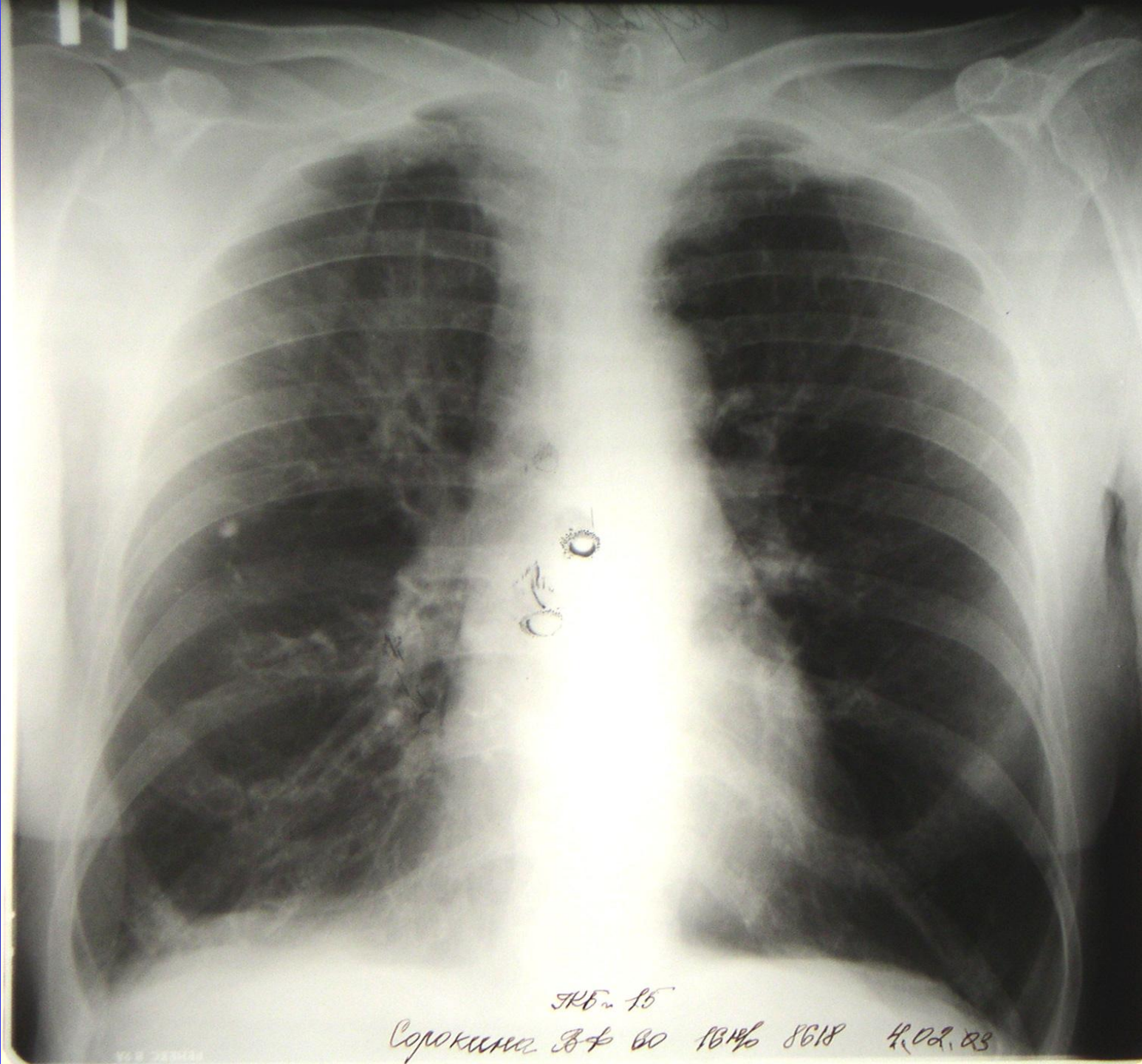
ВЫБОР АНТИБИОТИКА

Клиническая ситуация	Вероятный возбудитель	Антибиотик
Массивная аспирация; торакоабдоминальное вмешательство	Грамотрицательные палочки, анаэробы, стафилококк	Цефалоспорины II-III поколения+метронидазол
Комы; черепномозговая травма	Грамотрицательные палочки, Стафилококк	Цефалоспорины II поколения+аминогликозиды
Продолжительные: Госпитализация, антибиотикотерапия, ИВЛ; комбинация ситуаций и факторов риска	Грамотрицательные палочки, стафилококк (часто резистентные штаммы) Синегнойная палочка	Цефтазидим Пиперациллин аминогликозиды Карбапенемы (лечение проводят внутривенно)

ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ ЗАТЯЖНОГО (ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО) ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ НА ФОНЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ

- Локальная обструкция дыхательных путей (рак, мукоидная закупорка и др.)
- Бронхоэктазия (врожденная, приобретенная)
- Кистозный фиброз
- Нарушения иммунитета (чаще приобретенные)
- Формирующийся абсцесс легких
- Рецидивирующая аспирация (ахалазия, рак пищевода и др.)
- Активация латентной туберкулезной инфекции
- Неадекватная антибактериальная терапия

**ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА
РАСПРО-
СТРАНЕННЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВ-
МОНИИ У ЛИЦ МОЛОЖЕ 65 ЛЕТ**



ЖКБ № 15

Сорокунин Б.Ф. 30.10.83 8618 4.02.83

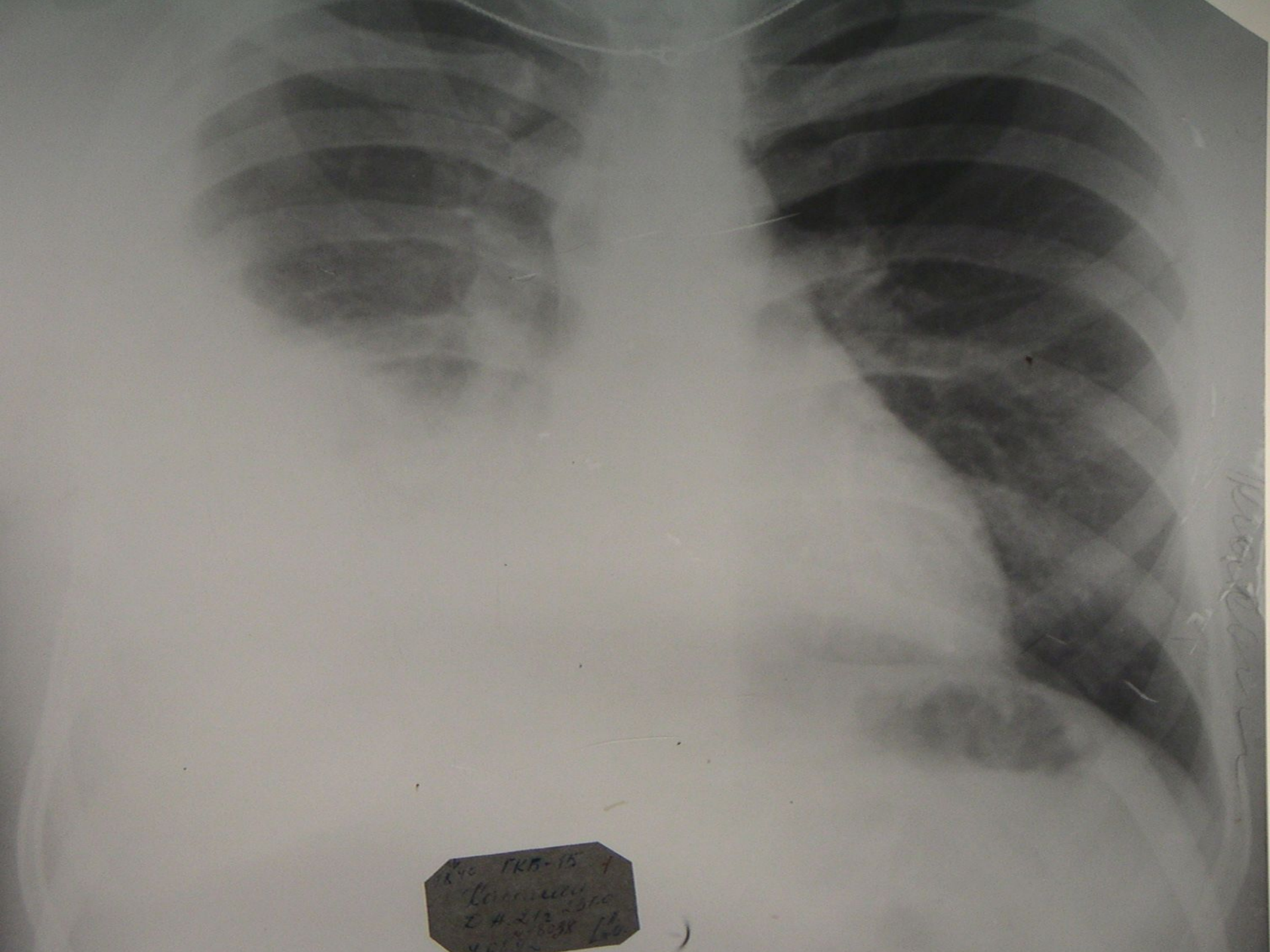
15 КБ

18⁵⁰ Архипова Л П 68

2 мес. н 26.36

3/II 05 ГВА Дод

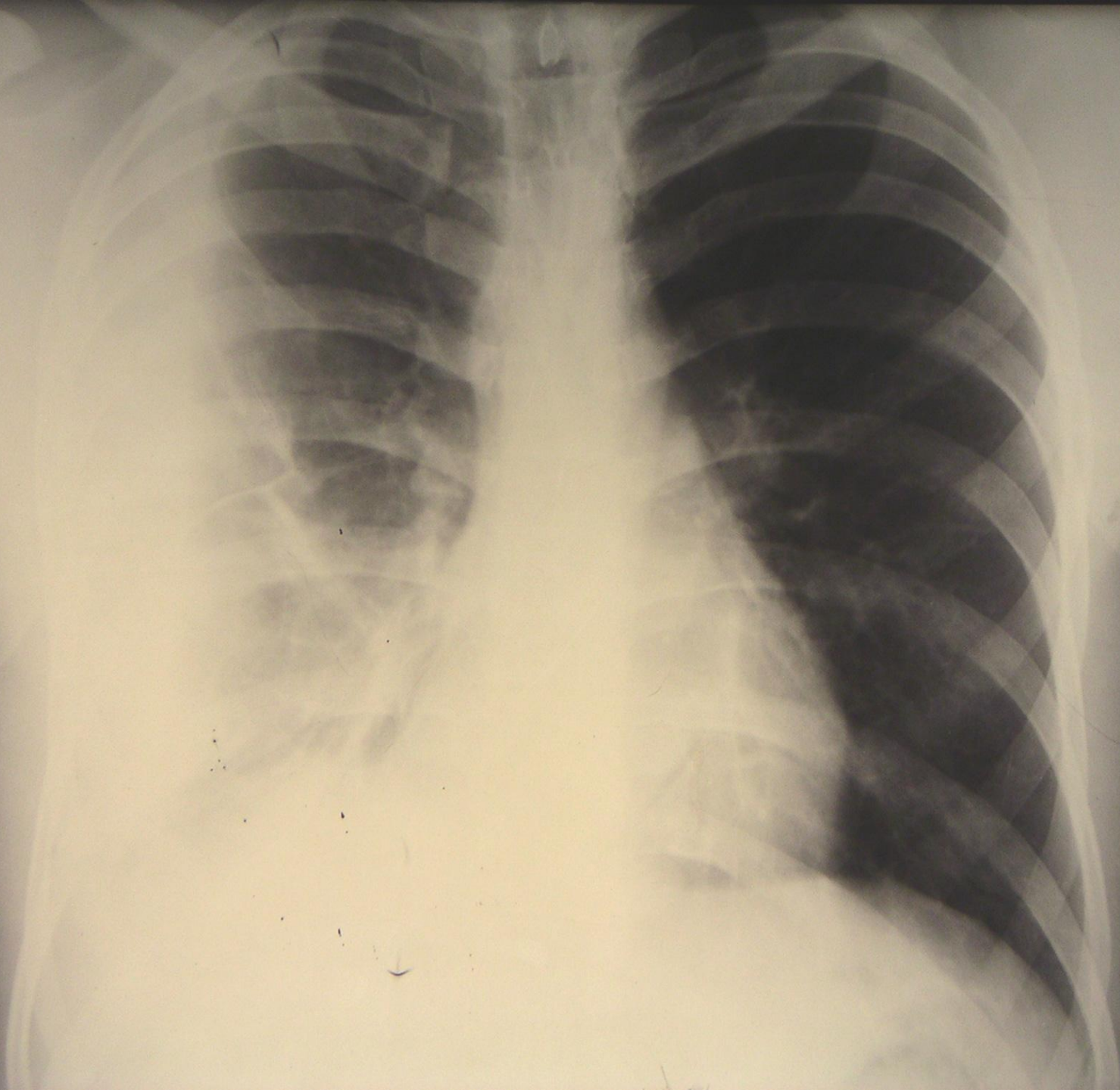
Архипова



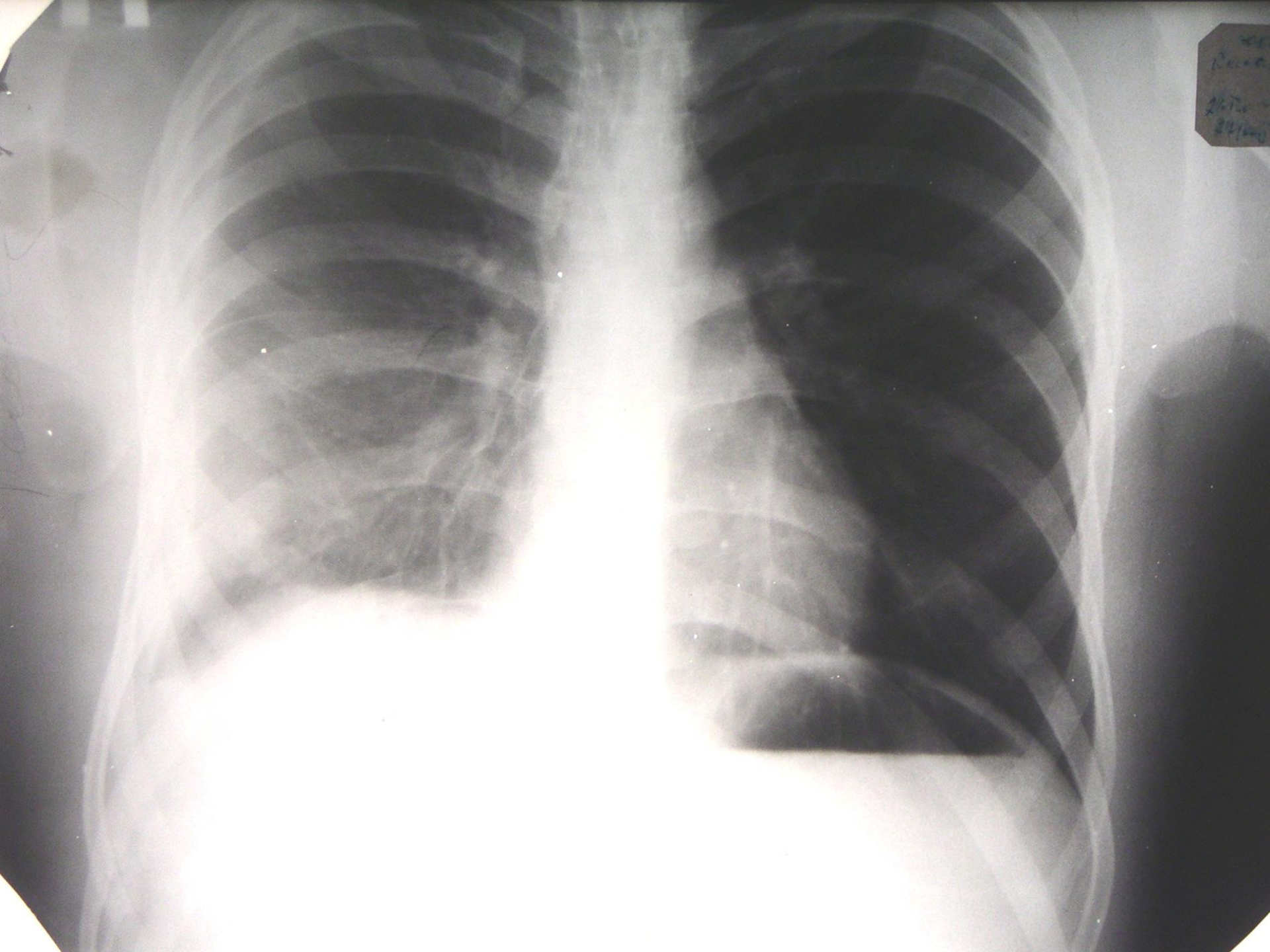
10/10/10

100 FRB-15 1
Laminated
E.H. 213-510
4538 100

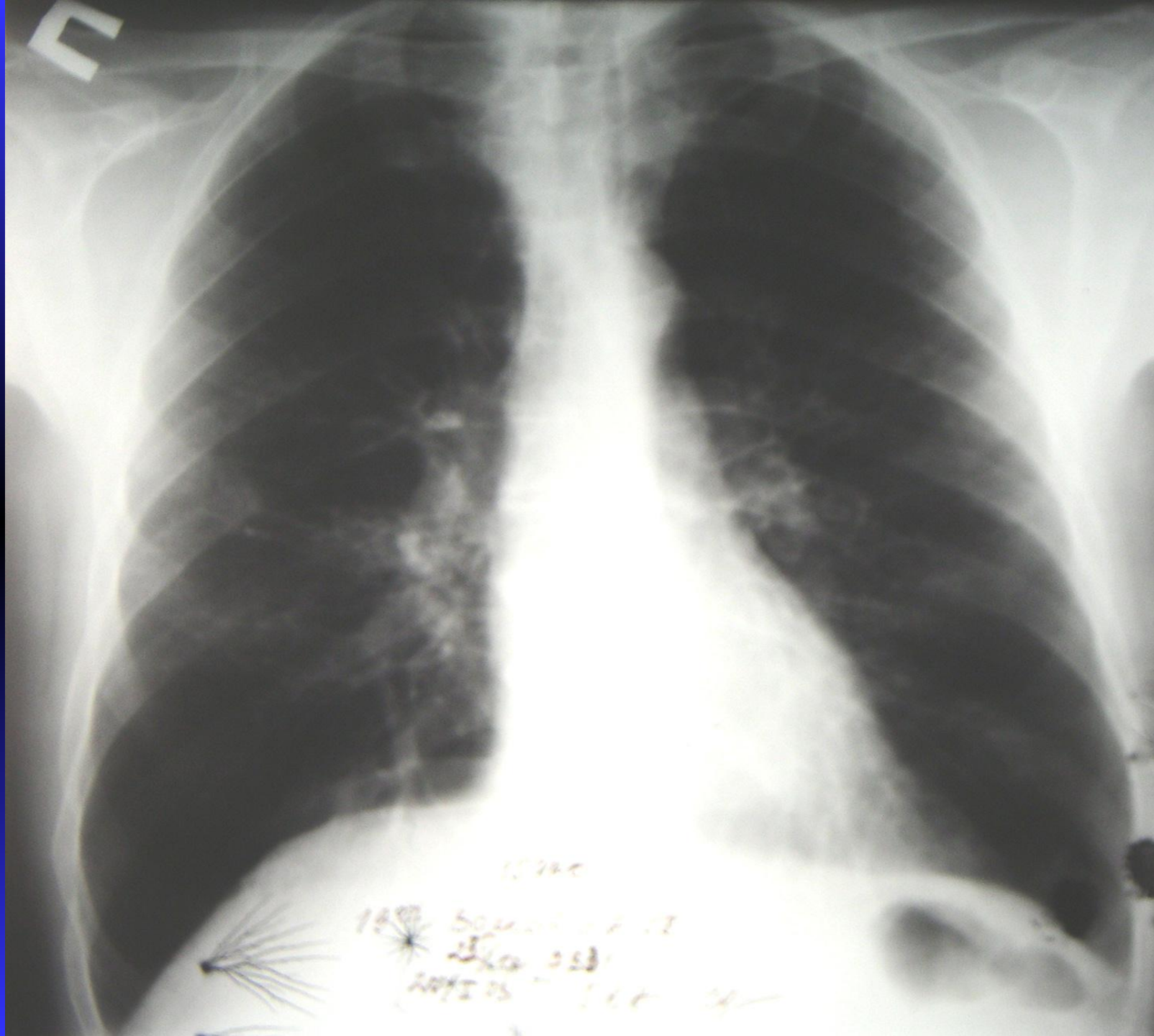
Handwritten text on a small tag in the top left corner, possibly containing patient information or a date.



Handwritten text on the right edge of the image, possibly a signature or date.



2670
24/10/00

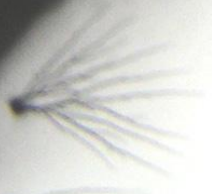


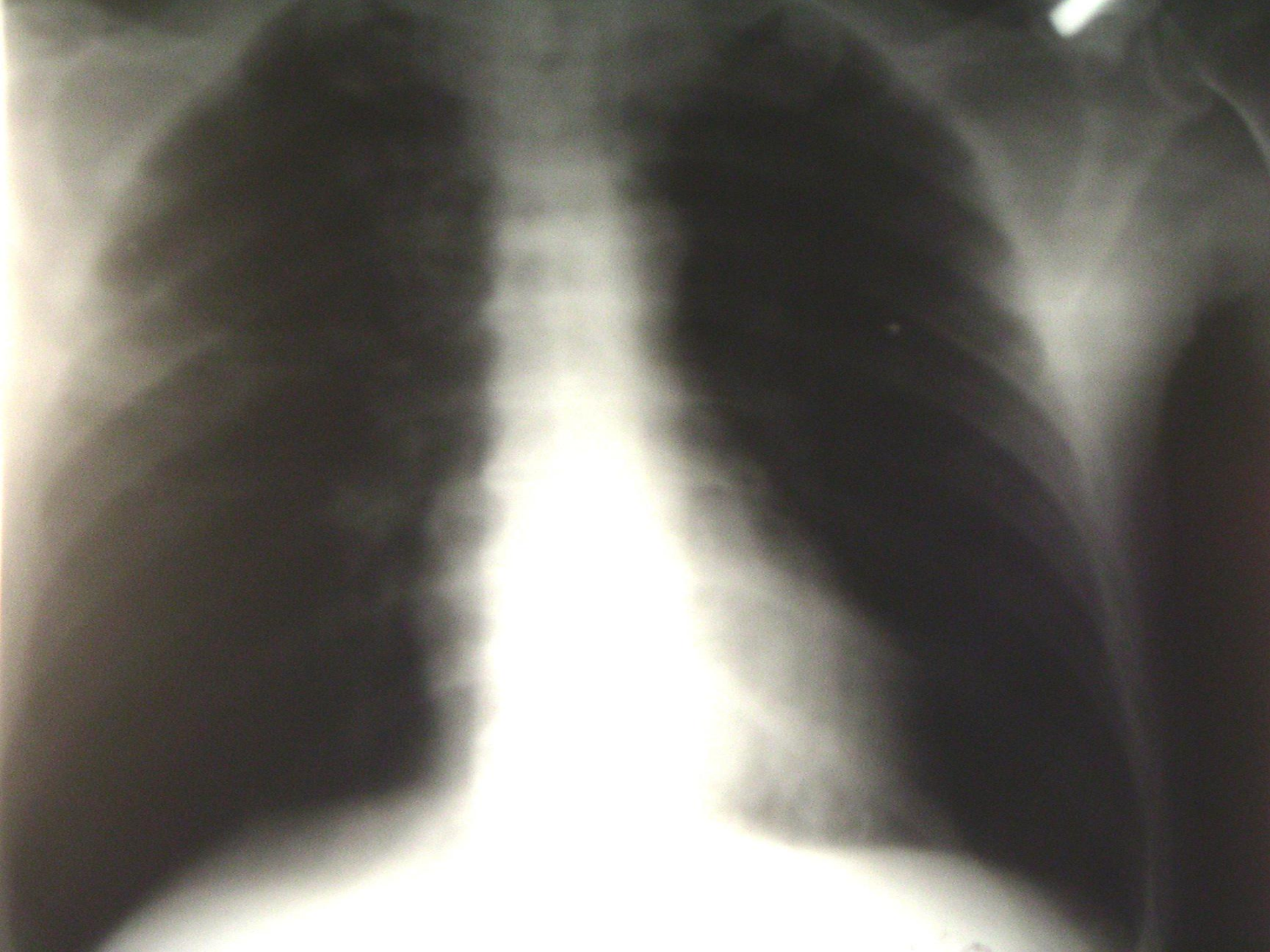
10/10/00

1800 South St. I

Box 250

APR 25 1900







Handwritten notes at the bottom of the X-ray, including a date and time: 11/11/10 15:00. The text is partially obscured and difficult to read.