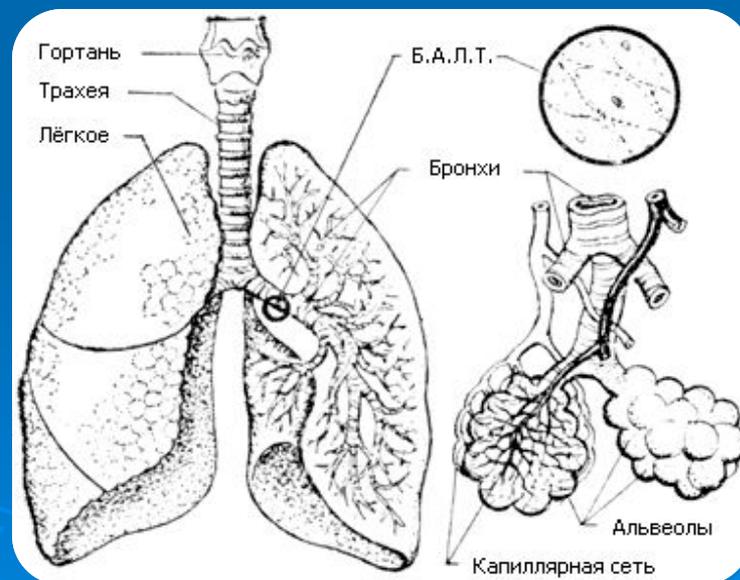


ФГБОУ ВО Амурская Государственная
Медицинская Академия

Симптоматология пневмоний



Пневмония представляет собой заболевание, основным патологическим субстратом которого является экссудативное, чаще всего инфекционное воспаление лёгочной ткани, с преимущественным поражением альвеол

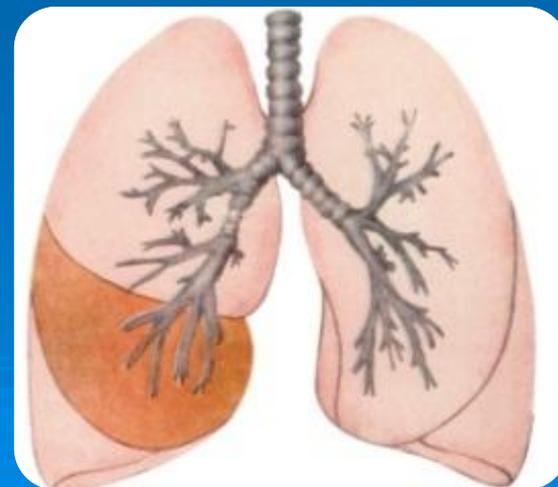
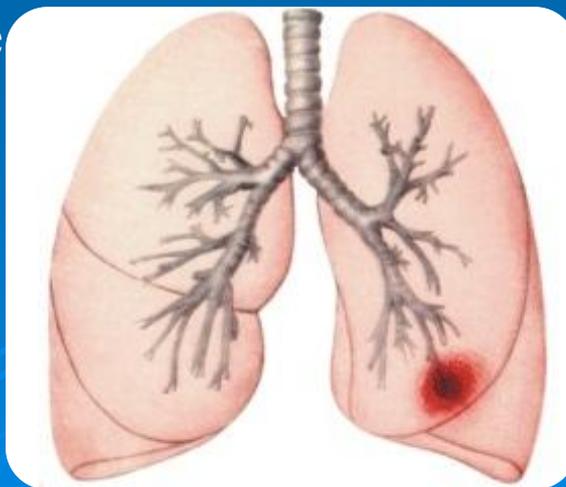


Классификация пневмоний

- пневмония у больных в тесно взаимодействующих коллективах - внебольничные пневмонии
- нозокомиальная пневмония или госпитальная (через 2 суток после поступления в стационар)
- пневмония у больных с тяжёлыми соматическими заболеваниями
- аспирационные
- пневмония у больных с иммунодефицитными состояниями

Основные отличия крупозной пневмонии от очаговой пневмонии

- для крупозной пневмонии характерно поражение одной или нескольких долей лёгкого, при очаговой - поражение отдельные дольки или сегменты лёгкого
- при крупозной пневмонии возникает фибринозное воспаление, при очаговой пневмонии - катаральное
- для крупозной пневмонии характерна цикличность или стадийность проце

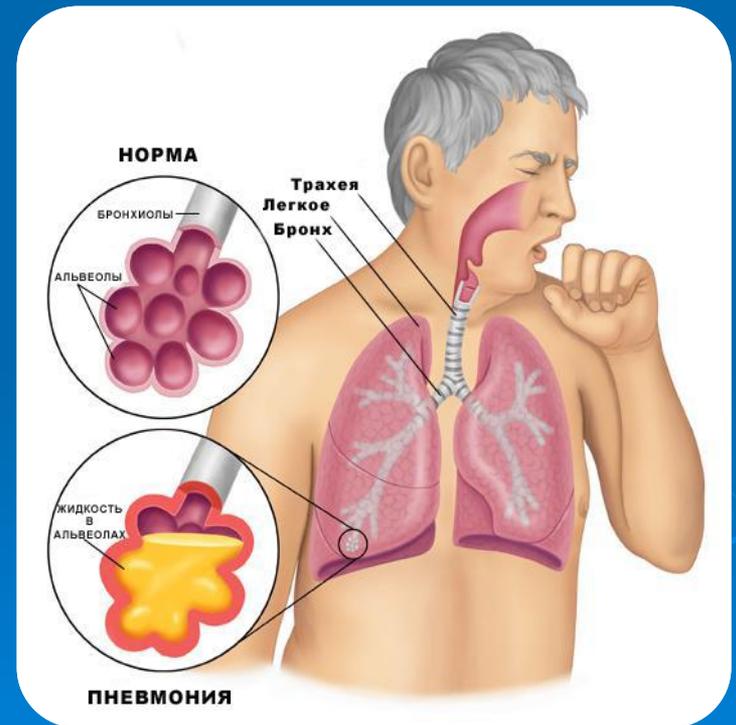


Стадии крупозной пневмонии

□ начальная стадия

□ стадия разгара

□ стадия разрешения



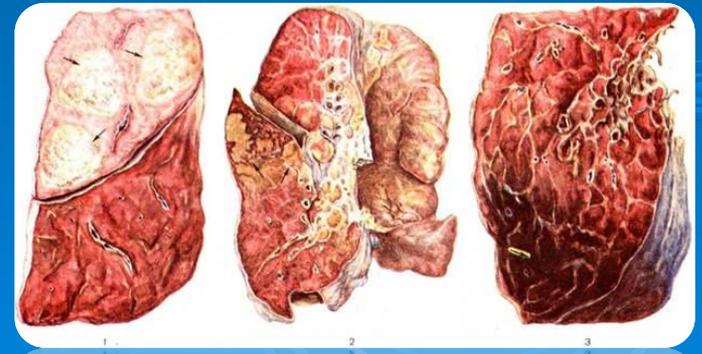
ПНЕВМОНИЯ

Крупозная (долевая пневмония)

инфекционное воспалительное заболевание с поражением одной или нескольких долей лёгкого, характеризующееся цикличностью

Возбудители крупозной пневмонии:

- пневмококк
- стафилококк
- стрептококк
- диплобацилла Фридлендера



Патологическая анатомия

Крупозная пневмония сопровождается фибринозным воспалением, выделяют стадии:

□ Стадия прилива

Длится от 12 часов до 3-х суток

□ Стадия опеченения:

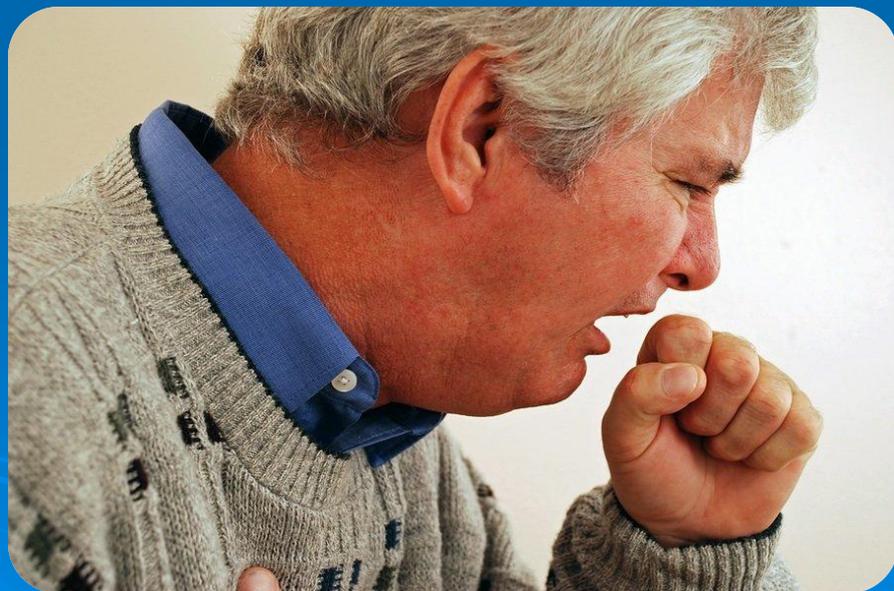
- красного опеченения (1-3 суток)
- серого опеченения (2-6 суток)

□ Стадия разрешения



Клиническая картина

- озноб
- повышение температуры тела до 39-40°C
- сильные головные боли
- слабость
- боль в грудной клетке
- сухой кашель
- ржавая мокрота
- одышка



Причины одышки при пневмонии

- воздействие токсинов на дыхательный центр
- возникает рефлекторно за счёт болевого синдрома
- уменьшение дыхательной поверхности лёгких за счёт воспаления
- токсическое влияние на миокард, возникает сердечная недостаточность

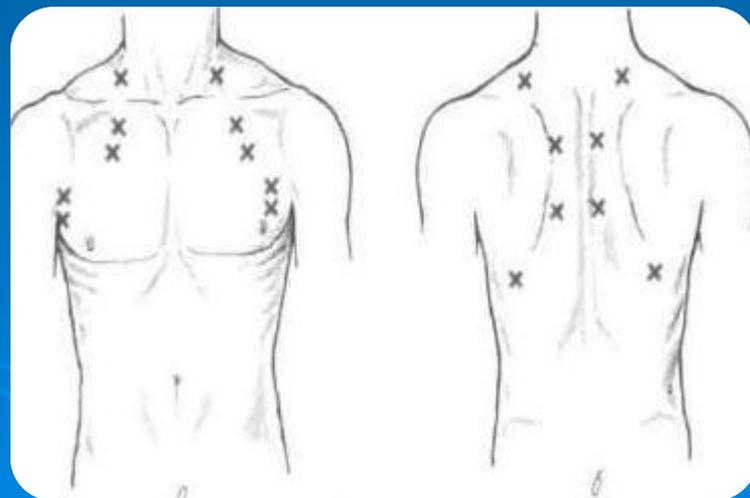
Внешний осмотр

- гиперемия щёк
- цианоз губ
- акроцианоз
- на крыльях носа, губах появляются герпетические высыпания (herpes nosalis, labialis)
- дыхание поверхностное, учащённое



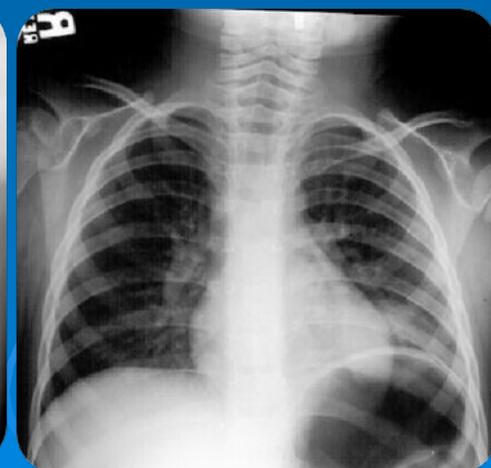
Объективные методы исследования

- поражённая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания
- голосовое дрожание несколько усилено
- при перкуссии звук притупленный или притуплено — тимпанический
- дыхание везикулярное ослабленное, выслушивается **crepitacio indux**



В стадию разгара болезни:

- выраженная одышка
- поражённая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания
- голосовое дрожание усилено
- при перкуссии звук тупой
- при аускультации патологическое бронхиальное дыхание
- бронхофония усилена



Стадия разрешения

- снижается температура тела
- происходит разжижение экссудата
- мокрота становится слизисто-гноющей
- при перкуссии звук притупленный
- дыхание жёсткое
- мелкопузырчатые звучные влажные хрипы
- **crepitacio redux**

Дополнительные методы исследования крупозной пневмонии

- **Клинический анализ крови:** нейтрофильный лейкоцитоз до $15-20 \times 10^9/\text{л}$ и более, часто со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Резкое ускорение СОЭ до 50 мм в час
- **БХ анализ крови:** повышение содержания фибриногена (6-8г/л) С реактивный белок резко положительный, увеличивается содержание глобулинов
- **В анализах мочи** умеренная протеинурия, единичные эритроциты, если имеет место токсический нефрит

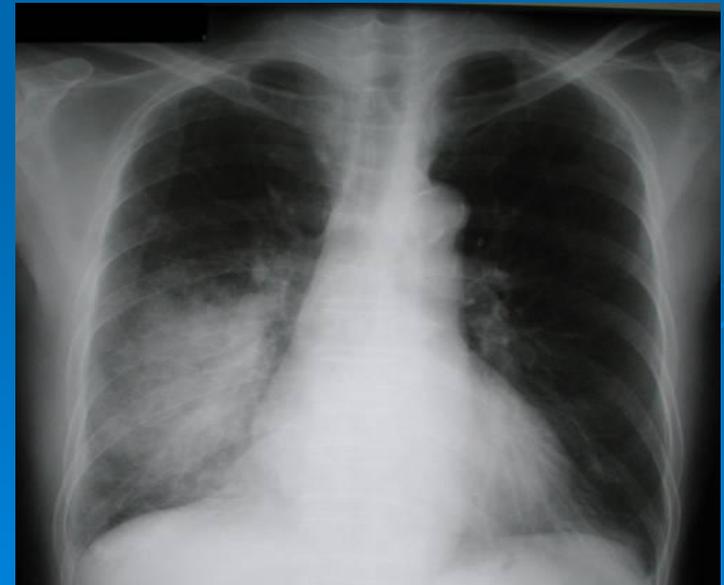


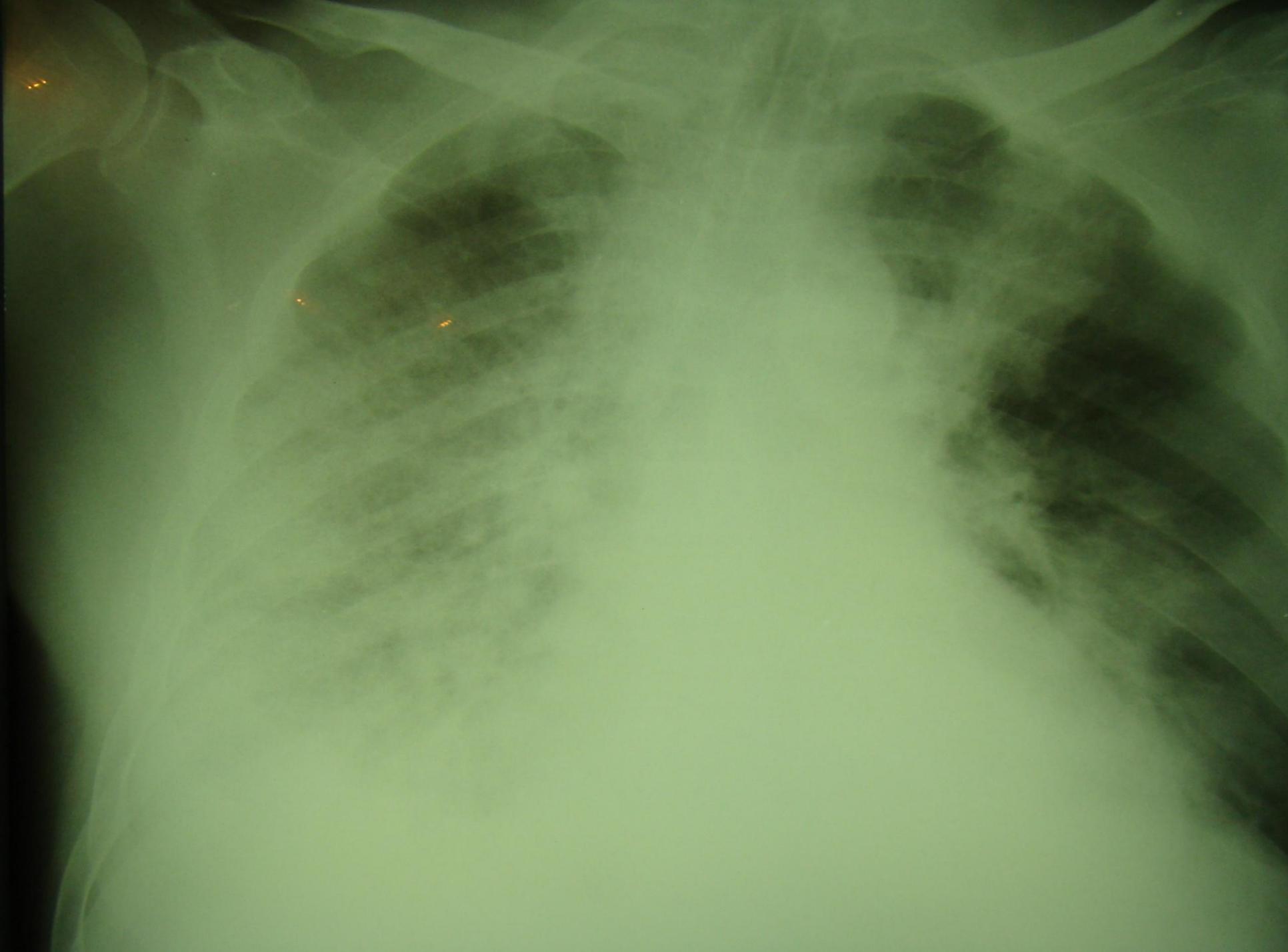
□ **При исследовании мокроты:** мокрота вязкая. В стадии красного опеченения мокрота содержит эритроциты, макрофаги, фибрин. В стадии серого опеченения - лейкоциты, макрофаги

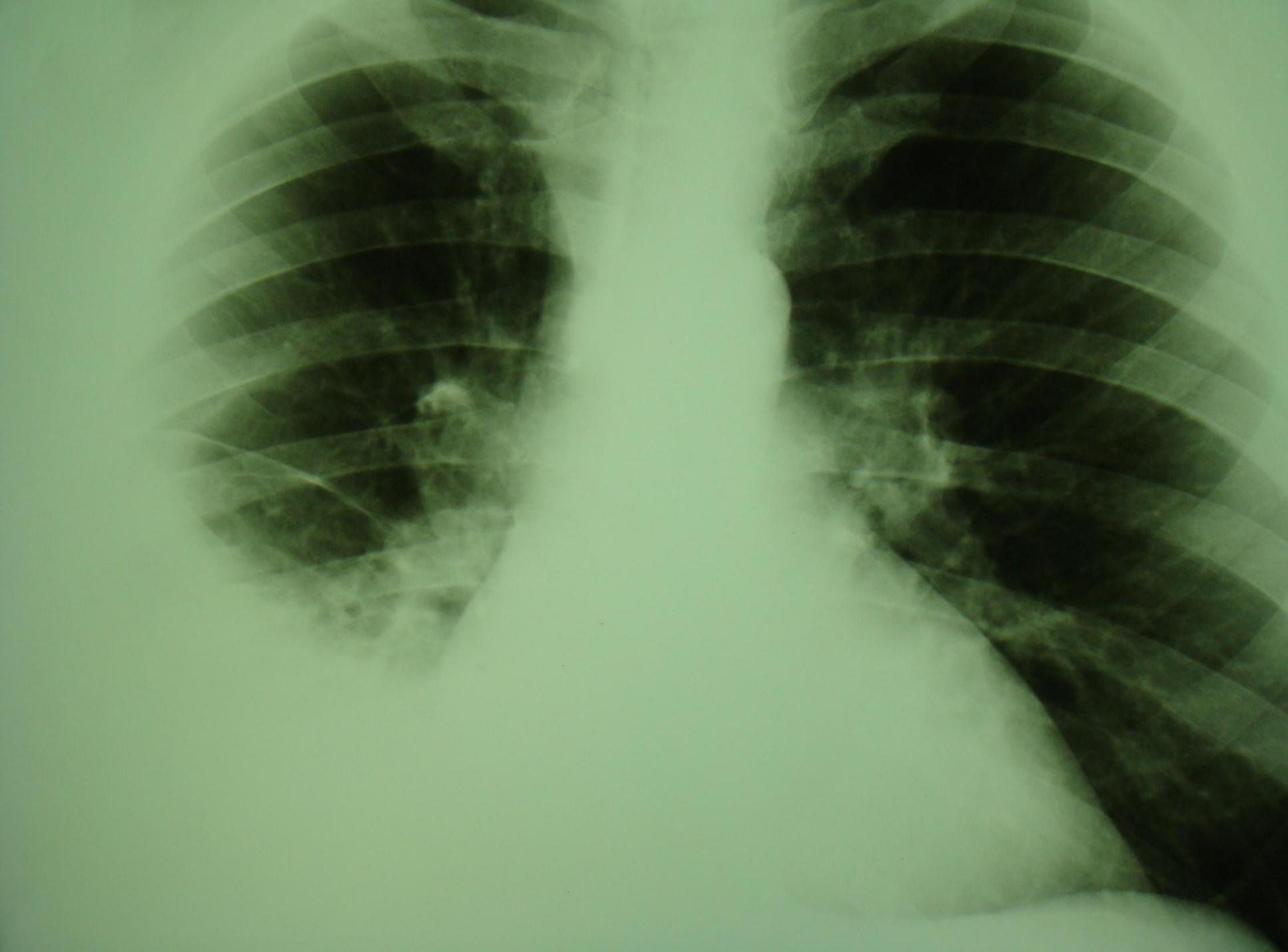
□ **При посеве мокроты** высевается чаще пневмококк, стрептококк, стафилококк

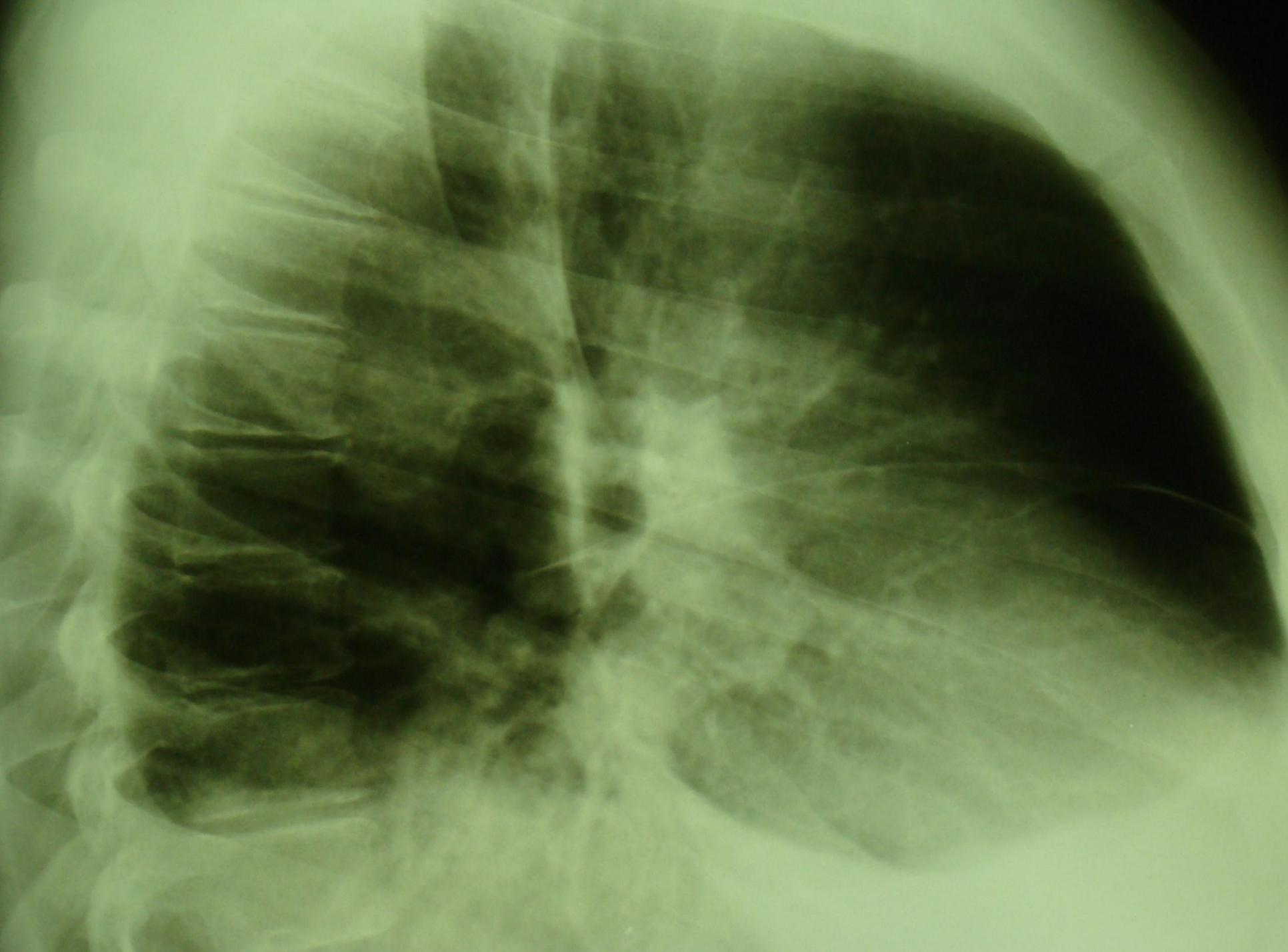
□ **При рентгенологическом исследовании:** определяется инфильтрация лёгочной ткани всей доли или нескольких долей

□ **ФВД:** снижается ЖЕЛ, МВЛ. В крови гипоксемия ($P_{O_2} < 80$ мм рт.ст.), гиперкапния ($P_{CO_2} > 45$ мм. рт.ст)





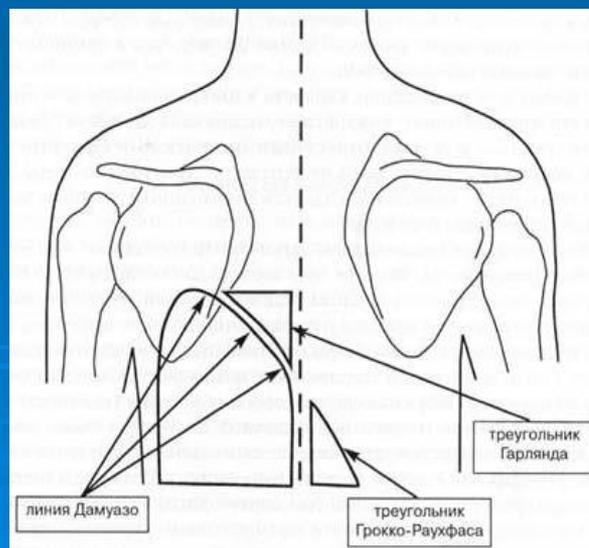




Осложнения при крупозной пневмонии

□ Парапневмонический плеврит

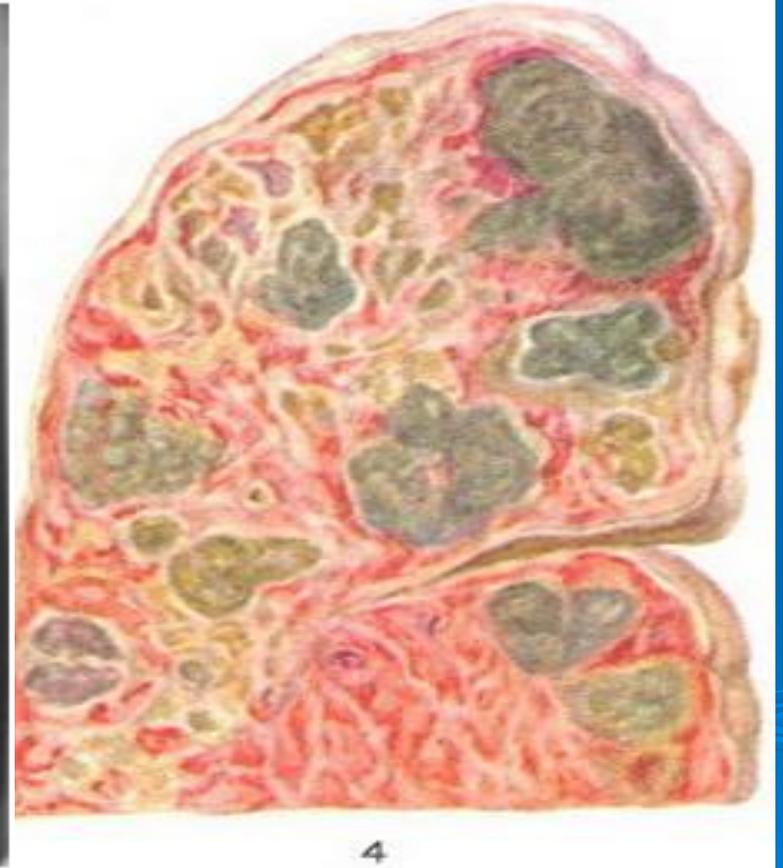
При внешнем осмотре поражённая половина грудной клетки увеличена в объёме, отстаёт в акте дыхания, голосовое дрожание ослаблено. При перкуссии тупой звук. Область тупого звука в виде параболической линии Дамуазо. Дыхание резко ослаблено или не выслушивается. Бронхофония не выслушивается

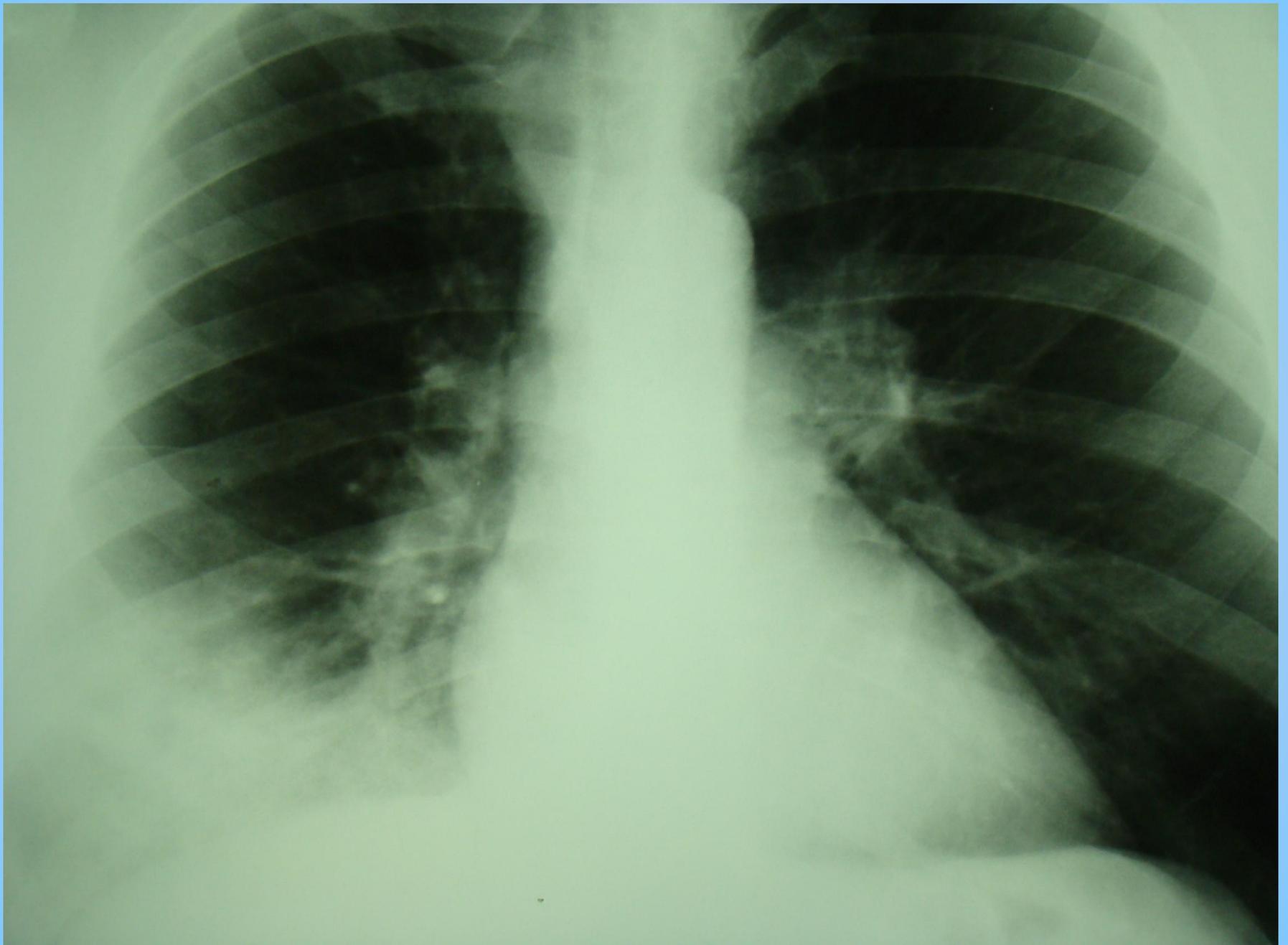


Осложнения при крупозной пневмонии

- парапневмонический плеврит. При внешнем осмотре поражённая половина грудной клетки увеличена в объёме, отстаёт в акте дыхания, голосовое дрожание ослаблено. При перкуссии тупой звук. Область тупого звука в виде параболической линии Дамуазо. Дыхание резко ослаблено или не выслушивается. Бронхофония не выслушивается.
- в результате токсического влияния может развиваться миокардит, нефрит, гепатит.
- развитие пневмофиброза, т.е. прорастание соединительной ткани на месте инфильтрации.
- абсцедирование – гнойное расплавление лёгочной ткани в виде ограниченного очага. При этом больной откашливает большое количество зловонной мокроты. Голосовое дрожание усилено. При перкуссии тимпанический звук. Прослушивается бронхиальное дыхание и крупнопузырчатые влажные хрипы. Бронхофония усилена.

Очаговая пневмония





Очаговая пневмония

- При очаговой пневмонии воспалительный процесс носит **катаральный характер** и захватывает один или несколько сегментов
- Чаще процесс начинается с бронхов и очаговая пневмония называется также **бронхопневмония**
- Очаговая пневмония чаще возникает у детей и пожилых людей на фоне других заболеваний, т.е. это **чаще вторичная пневмония**, хотя бывает и на фоне полного здоровья

Причины очаговой пневмонии

- **бактериальная** очаговая пневмония вызывается пневмококками, стафилококками, стрептококками, кишечной палочкой, синегнойной палочкой
- **вирусные** - вирус гриппа, парагриппа, аденовирус
- **микоплазменные и риккетсиозные пневмонии** - вызываются различными грибами: род Кандида
- **аллергические очаговые пневмонии** одной из форм является эозинофильные пневмонии, инфильтраты в лёгких носят летучий характер

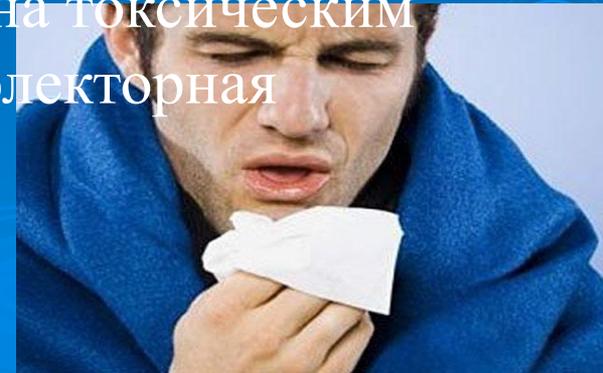


- **Аспирационные пневмонии:** вдыхание различных паров токсических веществ (пары бензина, ФОВ), аспирация рвотными массами, при воздействии радиации (лучевые пневмонии)
- **Гипостатические или застойные пневмонии** у тяжело больных возникает застой в малом круге кровообращения
- **Специфические пневмонии** при ревматизме, холере, опухолях
- При хроническом бронхите



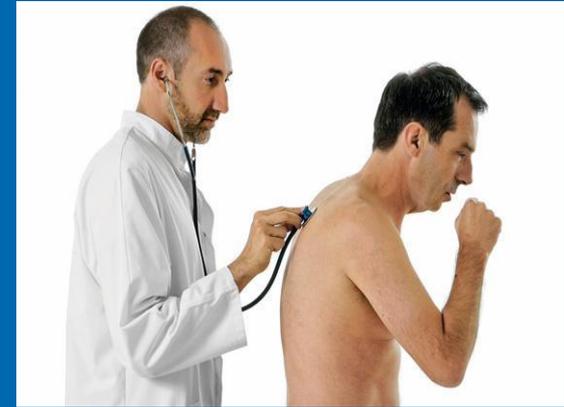
Клиническая картина при очаговой пневмонии

- начало заболевания острое или часто постепенное на фоне других заболеваний (ХБ, ОРВИ)
- повышается температура тела до 38-39° С
- наиболее частой жалобой является кашель. Кашель с мокротой слизисто - гнойного характера
- при гриппозной пневмонии мокрота может быть кровянистой
- боль в грудной клетке возникает, если очаг воспаления расположен близко к плевре
- одышка центрального генеза, обусловлена токсическим влиянием на дыхательный центр или рефлекторная



Объективный осмотр при очаговой пневмонии

- состояние от удовлетворительного до тяжёлого
- при перкуссии на ограниченном участке притупление перкуторного звука
- при аускультации дыхание жесткое
- выслушиваются мелко- и среднепузырчатые влажные звучные хрипы
- голосовое дрожание и бронхофония могут быть усилены



Дополнительные методы исследования при очаговой пневмонии

- умеренный лейкоцитоз до $10-12 \times 10^9/\text{л}$, при тяжёлых состояниях возникает сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ до 25-30 мм/ч
- **БХ анализ крови:** увеличен фибриноген, положительный СРБ, увеличение глобулинов
- в моче изменения только при тяжёлом течении очаговой пневмонии. Может наблюдаться протеинурия
- **исследование мокроты:** слизисто-гнойный характер, содержит много лейкоцитов и макрофагов
- **рентгенологическое исследование:** инфильтрация лёгочной ткани в проекции одного или нескольких сегментов
- **изменения со стороны ФВД:** умеренное снижение ЖЕЛ, МВЛ