

КАФЕДРА

Терапии ИПО

Рецензия < ДМН, Профессор кафедры Терапии ИПО Грищенко Елена Георгиевна> на реферат ординатора первого года обучения специальности терапия <Цыдыпова Аюна Анатольевна > по теме: < Профилактика и лечение пневмонии >.

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке.

Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности терапия :

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	-
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ

Кафедра терапии ИПО

Реферат

На тему: «Профилактика и лечение пневмонии»

Выполнила: Цыдыпова АА

Красноярск 2019 г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

КАФЕДРА

Терапии ИПО

Рецензия < ДМН, Профессор кафедры Терапии ИПО Грищенко Елена Георгиевна> на реферат ординатора первого года обучения специальности терапия <Цыдыпова Аюна Анатольевна > по теме: < Профилактика и лечение пневмонии >.

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке.

Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности терапия :

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	
2. Наличие орфографических ошибок	
3. Соответствие текста реферата его теме	
4. Владение терминологией	
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	
6. Логичность доказательной базы	
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	
8. Круг использования известных научных источников	
9. Умение сделать общий вывод	

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Содержание

Введение.....	4
Этиология и патогенез.....	4
Клиника и осложнения.....	6
Диагностика.....	9
Список использованной литературы:.....	11

Введение

Пневмония является одной из самых актуальных проблем современной медицины и состоит из целого ряда эпидемиологических, клинических, фармакологических и, наконец, социальных аспектов. Парадокс пневмонии состоит в том, что, с одной стороны, достигнуты впечатляющие результаты в понимании патогенеза инфекционного процесса, повышении эффективности химиотерапии, а, с другой стороны, происходит увеличение числа больных с тяжелым течением болезни и возрастает смертность.

Наличие данной проблемы общепризнанно и исследования в этом направлении активно ведутся практически во всех странах мира. В США ежегодно регистрируется 5,6 млн. пациентов с внебольничной пневмонией (ВП), из них госпитализируется 1,1 млн. Летальность больных при ВП на дому колеблется от 1 до 5%, в стационарах составляет 12%, а в отделениях интенсивной терапии достигает 40%. Общая стоимость лечения больных пневмонией превышает 1 миллиард долларов в год.

В России пневмонией ежегодно заболевает более 2 млн. человек. Распространенность пневмоний в нашей стране составляет 3,86 на 1000. Наиболее часто болеют лица моложе 5 лет и старше 75 лет. Смертность от внебольничных пневмоний составляет 5%, но среди пациентов, требующих госпитализации, доходит до 21,9%, среди пожилых - 46%.

Одним из наиболее используемых в настоящее время вариантов определения пневмонии является следующий:

«Пневмония – это острое инфекционное заболевание, протекающее с образованием воспалительного экссудата в паренхиме легкого и затемнением при рентгенографии, которое ранее отсутствовало (при этом нет других известных причин возникновения затемнения при рентгенологическом исследовании легких)».

Вместе с тем, более отражающим суть этого заболевания, представляется другая формулировка: «Пневмония – это группа различных по этиологии, патогенезу и морфологической характеристике острых очаговых

инфекционных заболеваний легких с преимущественным поражением респираторных отделов и наличием внутриальвеолярной экссудации».

Этиология и патогенез

Вызывать пневмонию могут практически все известные на сегодняшний день инфекционные агенты. Однако на практике подавляющее большинство случаев пневмонии вызывается сравнительно ограниченным количеством видов микроорганизмов. Для прогнозирования этиологии пневмоний крайне важно их подразделение на внебольничные (внебольнично приобретенные) и госпитальные (внутрибольничные, нозокомиальные). К последним относятся случаи заболевания, характеризующиеся появлением спустя 48 часов после госпитализации нового легочного инфильтрата в сочетании с клиническими данными, подтверждающими его инфекционную природу (новая волна лихорадки, гнойная мокрота, лейкоцитоз и др.), при исключении инфекций, которые находились в инкубационном периоде на момент поступления. Подразделение пневмонии на внебольничную и госпитальную никак не связано с тяжестью течения заболевания. Основным и единственным критерием разграничения является то окружение, в котором развилась пневмония. Для внебольничной пневмонии возможно с высокой степенью вероятности предсказать этиологию заболевания. Госпитальная пневмония характеризуется большим разнообразием и несколько иной этиологической структурой.

К числу актуальных микроорганизмов, ответственных за развитие внебольничной пневмонии, относятся следующие:

Streptococcus pneumoniae (пневмококк) - самый частый возбудитель пневмонии среди всех возрастных групп (30% и более);

Mycoplasma pneumoniae вызывает внебольничную пневмонию в 20-30% случаев у лиц моложе 35 лет; этиологический вклад этого возбудителя у лиц старших возрастных групп оценивается более скромно (1-9%);

Chlamydia pneumoniae вызывает пневмонию, как правило, нетяжелого течения, в 2-8% случаев;

Haemophilus influenzae ответственна за развитие пневмонии у взрослых (чаще у курильщиков) в 5-18% случаев;

Legionella spp. (прежде всего *Legionella pneumophila*) - нечастый возбудитель внебольничной пневмонии (2-10%); однако легионеллезная пневмония занимает второе место (после пневмококковой) среди смертельных случаев заболевания;

Кишечные грамотрицательные палочки (*Enterobacteriaceae*) – неактуальный возбудитель внебольничной пневмонии (< 5 %), как правило, у больных с

сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, застойная сердечная недостаточность, почечная, печеночная недостаточность и др.);

Staphylococcus aureus - неактуальный возбудитель (< 5%), как правило, у больных с известными факторами риска (пожилой возраст, наркомания, хронический гемодиализ, переносимый грипп);

Moraxella (Branhamella) catarrhalis - неактуальный возбудитель (1-2%), как правило, у больных с сопутствующим хроническим обструктивным бронхитом.

Важным также представляется разграничение респираторных вирусных инфекций и собственно пневмонии. Респираторные вирусные инфекции и, в первую очередь, эпидемический грипп, безусловно, являются ведущим фактором риска развития пневмонии. Однако вызываемые вирусами изменения в легких называть пневмонией не следует и, более того, необходимо четко от нее отграничивать по клинико-рентгенологическим признакам, поскольку подход к лечению этих двух заболеваний должен быть принципиально различным. С этой точки зрения представляется не вполне удачным широко распространенный термин вирусно-бактериальная пневмония. В противоположность внебольничной пневмонии в ряду актуальных возбудителей госпитальной пневмонии доминируют аэробные кишечные грамотрицательные палочки (65-85%): 30-50% приходится на представителей семейства *Enterobacteriaceae*, 15-20% - на *Pseudomonas aeruginosa*; стафилококки и стрептококки, как правило, в ассоциации, вызывают госпитальную пневмонию в 10-25% случаев.

Клиника и осложнения

В типичных случаях пневмония характеризуется острым или даже внезапным началом с озноба, повышения температуры тела > 38,0 °С, чувства заложенности в груди, одышки и иногда более в грудной клетке при дыхании. В анализах крови отмечается лейкоцитоз (> 10 000/мкл) и/или палочкоядерный сдвиг до 10% и более. Постепенно нарастает интоксикация. Чаще с конца первых суток появляется кашель с мокротой. У некоторых больных преобладают внелегочные проявления, например, спутанность сознания или дезориентация, но иногда, особенно у престарелых, а также лиц, страдающих алкоголизмом или нейтропенией, легочная симптоматика может отсутствовать. При сборе анамнеза важно получить данные о продромальном периоде, начале заболевания (внезапное или постепенное), аналогичных заболеваниях у членов семьи или лиц, с которыми контактировал больной, о контактах с животными, недавних путешествиях.

Физикальное обследование легких сохраняет существенное значение для ориентировочной первичной диагностики. Чрезвычайно важной

особенностью собственно пневмонии, выявляемой при перкуссии и аускультации является асимметричность, односторонность поражения, поскольку первично двусторонние внебольничные пневмонии встречаются исключительно редко. Поэтому определяемые симметричные симптомы (например, хрипы или крепитация) чаще всего свидетельствуют о вирусном поражении бронхов и/или интерстициальной ткани легкого, левожелудочковой недостаточности, усилившейся в связи с переносимым респираторным вирусным заболеванием, но не о собственно пневмонии. Клинический опыт свидетельствует, что при диагнозе направления двусторонняя пневмония, пневмония чаще всего исключается вообще. При перкуссии и аускультации выявляют укорочение (или тупость) перкуторного звука, ограничение подвижности легочного края, изменение дыхания (ослабленное, жесткое, бронхиальное) над зоной поражения, локальная инспираторная крепитация и/или фокус мелкопузырчатых влажных хрипов.

Топическое описание, а вместе с ним и синдромологическая диагностика пневмонии завершается рентгенологическим исследованием и сопоставлением полученных при этом данных с результатами физического обследования пациента. Типичным рентгенологическим признаком собственно пневмонии является инфильтративное, обычно одностороннее затемнение легочной ткани, которое может быть очаговым, сливным, сегментарным (полисегментарным), долевым (обычно гомогенным) или еще более обширным. Так называемые центральные или прикорневые пневмонии практически не встречаются, и такой диагноз связан исключительно с исследованием легких только во фронтальной проекции, при которой затемнения в 3 и 6 сегментах проецируются на область корня. Чрезвычайно важно в практическом отношении дифференцировать инфильтративные затемнения, свойственные собственно пневмонии, от отека интерстициальной ткани, характерного для чисто вирусных поражений, респираторного дистресс-синдрома взрослых, кардиогенного застоя в легких.

Рентгенологические изменения при перечисленных состояниях чаще всего характеризуются двусторонностью и состоят в расширении и нечеткости корней, усилении сосудистого рисунка в виде сетчатости, ячеистости, появлении перегородочных линий Керли над диафрагмой. При присоединении элементов альвеолярного отека преимущественно в нижних отделах обоих легких появляются симметричные сливающиеся очаговые затемнения, делающие нечеткими границы куполов диафрагмы. Для интерстициального и альвеолярного отека характерна динамичность рентгенологической картины: возможно отчетливое прогрессирование или ослабление затемнений в течение нескольких часов.

Особой демонстративностью отличается пневмококковая пневмония, которую в нашей стране нередко продолжают называть крупозная пневмония.

В ряду ведущих клинических признаков этой формы пневмонии следует отметить острое начало, озноб, рвоту, боли в груди при вдохе, стойко высокую температуру тела с последующим ее критическим падением, отчетливость аускультативных и перкуторных изменений в легких, отделение ржавой или бурой, тягучей стекловидной мокроты. При рентгенографии органов грудной клетки визуализируется гомогенная инфильтрация доли или сегмента (формирование полостей деструкции нетипично); характерна отчетливая плевральная реакция или ограниченный плевральный выпот; в случаях лобарного распространения пневмонической инфильтрации границы пораженной доли представляются выпуклыми, визуализируется феномен воздушной бронхографии. Типичными лабораторными находками являются выраженный нейтрофильный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы (палочкоядерный нейтрофилез более 15%, метамиелоциты в периферической крови), токсигенная зернистость нейтрофилов, анэозинофилия, гиперфибриногенемия, протеинурия, уробилинурия, цилиндрурия.

Определенным своеобразием отличаются в ряде случаев т.н. атипичные пневмонии, этиологически связываемые прежде всего с микоплазменной, хламидиозной и легионеллезной инфекциями.

Так, в частности, микоплазменная пневмония чаще всего диагностируется у лиц детского, юношеского и молодого возраста; характерны эпидемические вспышки или групповые случаи заболевания в тесно взаимодействующих коллективах (школьники, военнослужащие). Начало заболевания постепенное, доминирующими симптомами являются надсадный непродуктивный кашель и/или боли в горле при глотании. При обследовании больного обращают на себя внимание стойкая тахикардия, склонность к гипотензии. Физикальные изменения со стороны легких представлены сдержанно: как правило, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы и незвучная крепитация над зоной легочного поражения при отсутствии притупления перкуторного звука и усиления голосового дрожания (бронхофонии). У части больных отмечаются шейная, реже генерализованная лимфаденопатия, кожные сыпи, пальпируется увеличенная печень, изредка выявляется спленомегалия. При рентгенографии органов грудной клетки визуализируется неоднородная очагово-сливная или ретикуло-нодулярная инфильтрация преимущественно нижних долей легких; чрезвычайной редкостью для микоплазменной пневмонии являются случаи распространенной и интенсивной пневмонической инфильтрации,

плевральный выпот, абсолютно нетипично абсцедирование легочной ткани. В ряду лабораторных изменений, описываемых при микоплазменной пневмонии, с разной частотой фигурируют нормоцитоз или лейкоцитоз, умеренное увеличение СОЭ, повышение титра холодных гемагглютининов, признаки гемолиза (положительная проба Кумбса, умеренный ретикулоцитоз).

В диагностике легионеллезной пневмонии (болезни легионеров) особое значение имеют следующие детали эпидемиологического анамнеза - земляные работы, строительство, проживание вблизи открытых водоемов, контакт с кондиционерами, увлажнителями воздуха, развитие заболевания в теплые месяцы (вторая половина весны, лето, начало осени. Характерными дебютными признаками болезни легионеров являются острое начало высокая лихорадка, одышка, сухой кашель, плевральные боли, цианоз, преходящая диарея, нарушения сознания, миалгии, артралгии. В анализах клинической гемограммы обращает на себя внимание относительная или абсолютная лимфопения на фоне умеренного лейкоцитоза со сдвигом влево, нередко значительное увеличение СОЭ до 50-60 мм/час.

К сожалению, в большинстве случаев, основываясь на анализе актуальной клинико-рентгенологической картины заболевания, не удается высказаться с определенностью о вероятной этиологии пневмонии.

Диагностика

При пневмонии больному безотлагательно должно быть назначено лечение, основным стрержнем которого является этиотропная терапия. К сожалению, ввиду объективных трудностей клинической микробиологии инициальная антибактериальная терапия назначается эмпирически исходя из представлений о наиболее вероятных возбудителях пневмонии и информации о распространенности резистентных микроорганизмов.

В настоящее время разработаны и получили широкое клиническое применение стандарты антибактериальной терапии пневмонии.

Препаратами выбора в лечении нетяжелой внебольничной пневмонии у лиц преимущественно молодого и среднего возраста являются аминопенициллины (амоксициллин, ампициллин) или макролиды - эритромицин, спирамицин (ровамицин), азитромицин (сумамед) и др.

В случае развития нетяжелой внебольничной пневмонии у лиц старше 60 лет и/или на фоне сопутствующих заболеваний преимущество имеют аминопенициллины или защищенные аминопенициллины (ампициллин/сульбактам, амоксициллин/клавуланат) в сочетании с

макролидами (эритромицин, спирамицин, азитромицин и др.) или без них, либо цефалоспорины II поколения (цефуроксим, цефуроксим аксетил) в сочетании с макролидами или без них.

Стандартом лечения тяжелой пневмонии признается назначение цефалоспоринов III поколения (цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим) в сочетании с макролидами (эритромицин, спирамицин); приемлемой альтернативой в данной клинической ситуации является назначение фторхинолонов (ципрофлоксацин) и макролидов или карбапенемов (имипенем/циластатин, меропенем) и макролидов.

Препаратами выбора в лечении госпитальной пневмонии являются: в случае развития пневмонии в отделениях общего профиля - цефалоспорины III поколения (цефотаксим, цефтриаксон), либо защищенные аминопенициллины (ампициллин/сульбактам, амоксициллин/клавуланат) +/- аминогликозиды (гентамицин, амикацин), либо антисинегнойные пенициллины (карбенициллин) +/- аминогликозиды, либо фторхинолоны (ципрофлоксацин), либо карбапенемы (имипенем/циластатин, меропенем); в случае развития пневмонии в отделении (палате) интенсивной терапии целесообразно назначение цефалоспоринов III поколения с антисинегнойной активностью (цефтазидим, цефоперазон) +/- аминогликозиды, либо антисинегнойные пенициллины +/- аминогликозиды, либо карбапенемы, либо цефалоспорины IV поколения (цефепим, цефпиром).

Аспирационная пневмония почти всегда связана с анаэробной и/или аэробной грамотрицательной инфекцией, что оправдывает назначение цефалоспоринов III поколения в сочетании с метронидазолом, либо защищенных аминопенициллинов (амоксициллин/клавуланат), либо клиндамицина, линкомицина.

Продолжительность эффективной антибактериальной терапии составляет обычно 7-10 дней. Однако если сформулировать более определенные временные границы эффективной антибиотикотерапии, то это 3-5 дней стойко нормальной температуры тела. Впрочем, из этого правила есть исключение, которое касается т.н. атипичных пневмоний (этиологически связанных с *M.pneumoniae*, *S.pneumoniae*, *Legionella spp.*). Потенциальная угроза рецидива при преждевременной отмене антибактериальных препаратов заставляет согласиться с эмпирически подобранными сроками антибактериального лечения в отношении данных внутриклеточных возбудителей - 2-3 недели.

Если в течение ближайших 48-72 часов от начала лечения наблюдается персистирование или прогрессирование клинических проявлений заболевания, появление свежих очагово-инфильтративных изменений в

легких, то выбранная схема антибактериальной терапии признается неэффективной и заменяется на альтернативную (с учетом определения чувствительности выделенной культуры возбудителя к антибиотикам *in vitro*).

Список использованной литературы:

1. Алексанян Л.А Антибактериальная терапия различных клинических вариантов внебольничной пневмонии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.05; 14.00.25 / Лианна Александровна Алексанян. - М.: Б.и., 2018. -48 с. (А-30949)

2. Бачинская Е.Н. Возбудители внебольничных пневмоний на пороге нового тысячелетия // Антибиотики и химиотерапия.- 2018.- № 11.- С. 21-28.
3. Диагностика и лечение тяжелой внебольничной пневмонии у военнослужащих / А.Л. Раков, П.М. Сапроненков, Э.А. Антух и др. // Военно-медицинский журнал.- 2018.- № 4.- С. 36-39.
4. Сиротко И.И. Особенности многолетней динамики заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями и внебольничной пневмонией военнослужащих Самарского гарнизона // Военно-медицинский журнал.- 2017.- № 2.- С. 75.