

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

“Затверджено”
на методичній нараді кафедри
внутрішньої медицини №3

Завідувач кафедри
професор _____
(Л.В. Журавльова)

“29” серпня 2012 р.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ СТУДЕНТІВ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Основи внутрішньої медицини
<i>Модуль №</i>	1
<i>Змістовний модуль №3</i>	Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб органів дихання
<i>Тема заняття</i>	<u>Пневмонії</u>
<i>Курс</i>	4
<i>Факультет</i>	Медичний

Змістовий модуль 3: «Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб органів дихання».

Практичне заняття №23. «Пневмонії».

Актуальність

Захворюваність гострими пневмоніями залишається стабільною протягом 30 років і становить у європейських країнах 14 на 1000 населення, серед неспецифічних захворювань легень на її частку припадає до 40% випадків. Захворювання характеризується вираженим патоморфозом - змінилася етіологія та симптоматика гострих пневмоній, змінилися погляди на деякі ключові питання діагностики та лікування захворювання. Серед хворих не гострі пневмонії переважають чоловіки - 55%. Захворюваність гострими пневмоніями збільшується з віком, 55% хворих відноситься до вікової групи 40-59 років, 34% хворих - особи старше 60 років.

Тривалість тимчасової непрацездатності від гострих пневмоній коливається від 13 до 45 днів, у середньому 26 днів. Смертність від вогнищевої пневмонії становить 0,5-0,7%, від крупозної - 0,7-1,2%. Найбільш висока летальність спостерігається серед осіб старше 55 років.

Навчальні цілі:

- навчити студентів розпізнавати основні симптоми та синдроми пневмонії;
- ознайомити студентів з фізикальними методами дослідження при пневмонії;
- ознайомити студентів з методами дослідження, які застосовуються для діагностики пневмонії; показаннями та протипоказаннями щодо їх проведення; методиками їх виконання; діагностичною цінністю кожного з них;
- навчити студентів самостійно трактувати результати проведених досліджень;
- навчити студентів розпізнавати та діагностувати ускладнення при пневмонії;
- навчити студентів призначати лікування при пневмонії.

Що повинен знати студент?

- частота зустрічаємості пневмонії;
- етіологічні фактори пневмонії;
- патогенез пневмонії;
- основні клінічні синдроми при пневмонії;
- загальні та тривожні симптоми при пневмонії;
- фізикальні симптоми пневмонії;
- методи фізикального обстеження хворих на пневмонії;
- діагностика пневмонії;
- діагностичні можливості пікфлоуметрії при пневмонії, показання, протипоказання;
- рентгенологічні методи діагностики пневмонії;
- ускладнення при пневмонії;
- лікування пневмонії (зміна способу життя, раціональне харчування, медикаментозна терапія).

Що студент повинен вміти?

- видаляти основні клінічні та фізикальні синдроми при пневмонії;
- інтерпритувати результати біохімічних та імунологічних досліджень;
- інтерпритувати дані пікфлоуметрії;
- інтерпритувати дані спірографії, спірометрії, дослідження відношення потік/об'єм.
- інтерпритувати дані рентгенологічних методів діагностики при пневмонії;
- призначати лікування хворим на пневмонії.

Перелік практичних навичок, які студент повинен засвоїти

- зовнішній огляд хворого
- обстеження грудної клітини;
- перкусія легень;
- аускультация легень;

Зміст теми

Пневмонія

Визначення.

Гостра пневмонія - запальне ураження паренхіми легень, обумовлене інфекційними факторами. Гострі пневмонії до застосування антибіотиків були одними з найбільш тяжких захворювань, нерідко закінчувалися летально.

Клініка.

ІНФЕКЦІЙНО-ТОКСИЧНИЙ СИНДРОМ може бути виражений у різній мірі - від практично незміненого загального стану до розвитку інфекційно-токсичного шоку. Ознаки синдрому: пропасниця, виражена слабкість, втрата апетиту, нудота, при високій пропасниці - розлад свідомості, марення.

СИНДРОМ ДИХАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ є не завжди. Відчуття нехватки повітря може бути зумовлене частим кашлем, болем у грудній клітині при диханні. Об'єктивні ознаки дихальної недостатності - тахіпное більше 30 дихальних рухів на хвилину, цианоз - виникають при тяжкому перебігу пневмонії. У важких випадках з вираженою інтоксикацією та дихальною недостатністю спостерігається роздування крил носу, напруження дихальної мускулатури.

КАШЕЛЬ є провідним "місцевим" симптомом гострої пневмонії, з'являється у першу добу захворювання. Спершу кашель сухий, болісний, сильний, інколи до блювоти. З появою мокроти кашель пом'якшується.

МОКРОТИ у перші дні захворювання може не бути. Характер мокроти нерідко змінюється із розвитком захворювання: спершу мокрота слизова, мізерна, нерідко містить прожилки крові, інколи рівномірно забарвлена кров'ю. Можлива поява "іржавої" мокроти з високим вмістом гемолізованих еритроцитів. У розпалі пневмонії мокрота, як правило, має слизово-гнійний характер. У стадії завершення захворювання мокрота знову набуває слизовий характер, стає рідкою, легко відходить. Якщо гостра пневмонія виникла внаслідок захворювання серцево-судинної системи, мокрота на протязі всього захворювання може мати кров'янистий характер.

БОЛІ У ГРУДЯХ при гострих пневмоніях можуть мати різне походження і характеристики.

Парієтальні болі, зумовлені міжреберною міалгією або невралгією, локальні, підсилюються при диханні та рухах, пов'язаних з навантаженням на дану групу м'язів та при пальпації цієї зони. Найбільш інтенсивні парієтальні болі бувають на початку захворювання.

Паренхіматозні болі супроводжуються масивним ущільненням у легенях, мають неясний характер, несильні, без чіткої локалізації, але практично постійні.

Плевральні болі обумовлені запальним ураженням плеври, як правило, мають інтенсивний характер, зменшуються у положенні лежачи на хворому боці, підсилюються при глибокому диханні та кашлі. При ураженні базальних сегментів біль може віддавати у черевну порожнину чи повністю локалізуватися там. При запаленні язичкових сегментів може виникати біль у ділянці серця чи за грудиною. Ураження верхньої долі нерідко супроводжується рефлекторним напруженням потиличних м'язів. Реактивне запалення діафрагмальної плеври може симулювати картину гострого живота - сильні, гострі болі в животі, викликані подразненням діафрагмального, блукаючого та симпатичного нервів, інколи невпинна блювота. При залученні у

процес плеври дихання стає частим, поверхневим, уражена половина грудної клітини відстає при диханні, хворий береже її, нерідко притримує рукою.

ФІЗИКАЛЬНІ ЗМІНИ

Об'єктивні дані залежать від поширеності, локалізації та фази запального процесу.

СИНДРОМ УЩІЛЬНЕННЯ ЛЕГЕНЕВОЇ ТКАНИНИ з'являється при наявності масивного, дещо поверхнево розміщеного ущільнення легеневої тканини. Фізикальні ознаки синдрому визначаються у місцях проекції зони запалення на поверхні грудної клітини. Ущільнення легеневої тканини може розвинути швидко, протягом доби. Найбільш ранніми симптомами є підсилення бронхофонії та голосового тремтіння. Перкуторно визначається притуплення перкуторного тону. Аускультативно - бронхіальне дихання, повністю чути подовжений видих.

СИНДРОМ БРОНХІТУ: залежно від в'язкості ексудату, який заповнює бронхи, вислуховуються сухі чи вологі хрипи. При ураженні дрібних бронхів хрипи сухі з писком або свистом чи дрібнопухирчаті вологі. При залученні крупних бронхів - сухі дзизкучі та великопухирчаті вологі. Хрипи можуть щезати після відкашлювання мокроти або застосування бронхолітиків.

СИНДРОМ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВИПОТУ має місце при крупозних пневмоніях. З'являється притуплення перкуторного звуку над задньобазальними відділами легень, обмежене косою лінією із найвищою точкою по задній пахвовій лінії. Бронхофонія та голосове тремтіння над зоною скупчення рідини послаблені, везікулярне дихання також різко ослаблене.

СИНДРОМ АТЕЛЕКТАЗУ іноді може супроводжувати синдром плеврального випоту, рідше розвивається самостійно. З'являється локальне притуплення перкуторного тону, локальне підсилення голосового тремтіння та бронхофонії, везікулярне дихання різко послаблене або відсутнє.

Фізикальні прояви пневмонії нерідко залежать від фази морфологічних змін.

ФАЗА ЕКСУДАЦІЇ - на початку захворювання над місцем вираженої ексудації у легеневій тканині виявляється тимпанічний відтінок перкуторного тону, обумовлений зниженням еластичності легеневої тканини. Накопичення ексудату в альвеолах призводить до притуплення перкуторного звуку. Аускультативно у фазу ексудації над ураженою зоною вислуховується ослаблене дихання. У перші дні захворювання на висоті вдиху може вислуховуватися ніжна крепітація - *crepitatio inducs*. Це досить рідкий симптом, не спостерігається при поверхневому й частому диханні. Заповнення ексудатом бронхів обумовлює появу симптомів бронхіту - з'являються розсіяні сухі та вологі хрипи.

ФАЗА УЩІЛЬНЕННЯ - на 2-3-ій добі захворювання спостерігається підсилення бронхофонії та голосового тремтіння, вираженість притуплення перкуторного звуку підсилюється, хоч і зберігається тимпанічний відтінок.

СТАДІЯ ЗАВЕРШЕННЯ пневмонії характеризується мозаїчною перкуторною картиною - зони притуплення перкуторного звуку чергуються з ділянками, що дають тимпанічний відтінок перкуторного тону. Після розсмоктування ексудату перкуторно визначається ясний легеневий звук. Із відновленням аерації альвеол слабшає бронхіальне дихання, знову з'являється крепітація - *crepitatio reduces*. Дихання стає жорстким, а після цього везікулярним, часто з'являються дзвінкі дрібнопухирчаті хрипи. Нерідко виявляється емфізематозне розширення здорової легені.

Реактивні зміни серцево-судинної системи найбільш часто проявляються тахікардією до 100-120 ударів за хвилину, зниженням артеріального тиску. Рідше спостерігається розширення меж серця вправо внаслідок гострого розширення правого шлуночку та передсердя, акцент II тону над легеневою артерією - ознаки гострої легеневої гіпертензії.

Функціональні порушення органів травлення проявляються нудотою, блювотою, анорексією, запорами. Язик нерідко обкладений, сухуватий, живіт здутий. При

важкому перебігу пневмонії можуть з'явитися іктеричність шкіри та склер, печінка збільшується у розмірах, стає болючою.

Зміни з боку нервової системи з'являються у ослаблених хворих, при тяжкому перебігу захворювання: підвищена збудливість, марення, явища гострого психозу. Можлива поява менінгеальних симптомів - ригідність потиличних м'язів, симптом Керніга, гіперестезія шкіри, порушення свідомості, сильний головний біль. При легкому перебігу пневмонії з'являються скарги на головний біль.

Ускладнення пневмонії.

1. Плеврит
2. Бронхіт
3. Ателектаз легенів
4. Гостре «легеневе» серце
5. Гостра дихальна недостатність
6. Отит, синусит
7. «Токсична» нирка
8. Нефрит
9. Менінгіт, енцефаліт
10. Септико – токсичний шок
11. Гостра лівошлуночкова недостатність
12. ДВС - синдром

Діагностика.

Клінічний аналіз крові: у хворих на гострі пневмонії частіше за все спостерігаються лейкоцитоз, нерідко помірний ($10-12 \times 10^9$ в л), нейтрофілез 80-90%, паличкоядерний зсув до 7-30%, інколи з'являються юні форми лейкоцитів, мієлоцити. Знижується вміст у периферичній крові еозинофілів, базофілів, лімфоцитів, збільшується рівень моноцитів. Нерідко спостерігається тромбоцитопенія, інколи у поєднанні з геморагічним синдромом. Часто і суттєво збільшується ШОЕ.

Біохімічний аналіз крові: визначаються ознаки імунно-запального синдрому - диспротеїнемія (підвищення рівня альфа-1- та альфа-2-, гама-глобулінів), підвищення рівня С-реактивного протеїну, сіалових кислот, серомукоїдів, фібриногену, гаптоглобіну та інших гострофазових показників.

Клінічний аналіз сечі: можуть виявлятися симптоми гострої токсичної нирки - протейнурія, циліндрурія, мікрогематурія.

Дослідження мокрот: велике значення для проведення терапії гострих пневмоній має встановлення етіологічного діагнозу - виявлення збудника захворювання і його чутливості до антибіотиків. Мікробіологічна діагностика полягає у дослідженні мокрот, бронхіальних змивів або трахеальних аспіратів. Мокроту досліджують не пізніше, ніж через годину після її відашлювання, до початку лікування антибіотиками, з попередньою обробкою мокрот по методу Мульдера. Бактеріоскопія проводиться після забарвлення мазків по методу Гімзи та Грама. Бактеріологічне дослідження полягає у посіві мокрот на різноманітні елективні середовища.

У мокроті хворих на гострі пневмонії можуть виявлятися пневмотропні мікроорганізми - пневмокок, паличка Пфейффера, а також умовно-патогенні мікроорганізми - золотистий стафілокок, гемолітичний стрептокок, протей та практично непатогенні мікроорганізми. Етіологічне значення у розвитку захворювання мають тільки ті мікроорганізми, що висіваються із вмісту дихальних шляхів у високих концентраціях - 1 млн-100 млн у 1 мл. Мікробне число менше 1000 виключає етіологічну роль мікроорганізму у розвитку пневмонії, характерне для супутньої мікрофлори.

Спірографія – об'єднання реструктивних і обструктивних змін.

Серологичеськая діагностика: заснована на виявленні специфічних антитіл до тих чи інших збудників та збільшення їх титрів під час перебігу захворювання. *Метод парних сироваток* полягає у дослідженні сироваток хворого, взятих у перші дні захворювання і на 10-12 день. Етіологічну роль мікроорганізму в розвитку захворювання підтверджує приріст антитіл до даного мікроорганізму у серіях сироваток у чотири і більше разів. Для ідентифікації антитіл використовують реакцію зв'язування комплементу (РЗК), реакцію гальмування гемаглютинації (РГГА), реакцію нейтралізації (РН), реакцію імунофлюоресценції (РІФ).

Імунологічні зміни дозволяють виявити різноманітні порушення клітинного й гуморального імунітету, оцінити імунну реактивність даного хворого. У багатьох хворих на гострі пневмонії спостерігається зниження числа й активності Т-лімфоцитів, проценту фагоцитуючих клітин, фагоцитарного індексу та кількості лізоциму в лімфоцитах та моноцитах. Вірусні пневмонії та бактеріальні, що розвинулися після вірусної інфекції, характеризуються підвищеним вмістом Т-супресорів та зниженням кількості Т-хелперів. При затяжному перебігу пневмоній імунологічні зміни більш значні: знижений вміст Т- і В-лімфоцитів, Ig А, М, G, знижується активність лізоциму, лактоферину, концентрація антибактеріальних антитіл.

Етіологічна роль мікроорганізму в розвитку захворювання підтверджує приріст антитіл до даного мікроорганізму в серіях сы- комірчик в 4 і більше разів.

Для ідентифікації антитіл

використовують реакцію скріплення комплементу (РСЬК), реакцію гальмування гемаглютинації (РГГА), реакцію імунофлюоресценції (РІФ).

Класифікація.

Клінічна класифікація:

1. Етіологія: бактеріальна,
вірусна,
алергічна,
токсична,
променева,
змішана.
2. Патогенез: первинна,
вторинна.
3. Клініко-морфологічна форма: крупозна,
вогнищева.
4. Варіант перебігу: гостроперебігаюча,
затяжна.
5. Ступінь тяжкості: легка,
средньотяжка,
тяжка.

Класифікація Фещенко Ю.І. та співавт., 2003р.

Негоспітальна – пневмонія, яка виникла поза лікувальною установою;

Нозокоміальна – пневмонія, яка виникла через 48 годин і пізніше після госпіталізації хворого в стаціонар за відсутності якого, – або інфекційного захворювання в інкубаційний період під час госпіталізації хворого;

Аспіраційна;

Пневмонія з особливо важкими порушенням імунітету (природжений імунодефіцит, ВІЧ – інфекція, ятрогенная іммуносупресія).

Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду

J13 Пневмонія, спричинена Streptococcus pneumoniae

Виключені: спадкова пневмонія, спричинена S. pneumoniae (P23.6)
пневмонія, зумовлена іншими видами стрептококів (J15.3-J15.4)

J14 Пневмонія, спричинена Haemophilus influenzae

Виключено: вроджена пневмонія, спричинена H.influenzae (P23.6)

J15 Бактеріальна пневмонія, не класифікована в інших рубриках

Включено: бронхопневмонія бактеріальної етіології за винятком S. pneumoniae та H.influenzae

Виключені: хламідійна пневмонія (J16.0) вроджена пневмонія (P23.-)
хвороба легіонерів (A48.1)

J15.0 Пневмонія, спричинена Klebsiella pneumoniae

J15.1 Пневмонія, спричинена Pseudomonas

J15.2 Пневмонія стафілококова

J15.3 Пневмонія стрептококова, групи В

J15.4 Пневмонія, спричинена іншими стрептококами

Виключено: пневмонія, спричинена: стрептококами групи В (J15.3)
Streptococcus pneumoniae (J13)

J15.5 Пневмонія, спричинена Escherichia coli

J15.6 Пневмонія, спричинена іншими аеробними грамнегативними бактеріями

J15.7 Пневмонія, спричинена Mycoplasma pneumoniae

J15.8 Інша бактеріальна пневмонія

J15.9 Бактеріальна пневмонія, не уточнена

J16 Пневмонія, спричинена іншими інфекційними агентами, не класифікованими в інших рубриках

Виключені: орнітоз (A70), пневмоцистоз (B59),
пневмонія: • БДВ(J18.9)
• вроджена (P23.-)

J16.0 Пневмонія, спричинена хламідіями

J16.8 Пневмонія, спричинена іншими уточненими інфекційними агентами

J17* Пневмонія при хворобах, класифікованих в інших рубриках

J17.0* Пневмонія при бактеріальних хворобах класифікованих в інших рубриках

J17.1* Пневмонія при вірусних хворобах, класифікованих в інших рубриках

J17.2* Пневмонія при мікозах

J17.3* Пневмонія при паразитарних хворобах

J17.8* Пневмонія при інших хворобах, класифікованих в інших рубриках

J18 Пневмонія без уточнення збудника

Виключені: легеневий абсцес з пневмонією (J85.1) ураження інтерстиціальної тканини легенів медикаментозного генезу (J70.2-J70.4)
пневмонія:

- аспіраційна (спричинена):
- БДВ (J69.0)
- при анестезії (під час):
- пологів і розродження (O74.0)
- вагітності (O29.0)
- у післяпологовому періоді (O89.0)
- новонародженого (P24.9)
- при вдиханні твердих речовин і рідких (J69.-)
- вроджена (P23.9)

- інтерстиціальна БДВ (J84.9)

- жирова (J69.1)

пневмоніт, спричинений дією зовнішніх факторів (J67-J70)

J18.0 Бронхопневмонія, неуточнена

Виключено: бронхіоліт (J21.-)

J18.1 Дольова пневмонія, неуточнена

J18.2 Гіпостатична пневмонія, неуточнена

J18.8 Інша пневмонія, збудник неуточнений

J18.9 Пневмонія, неуточнена

Клінічні прояви деяких видів пневмоній

КРУПОЗНА ПНЕВМОНІЯ

Характеризується поширеним ураженням легеневої паренхіми - кілька сегментів або доля легені. У патологічний процес часто залучається плевра - "плевропневмонія".

Для гострої крупозної пневмонії, що перебігає по класичному типу, характерний гострий початок захворювання, виражений *інфекційно-токсичний синдром*. З'являється потрясаючий озноб, температура тіла досягає 40°C, сильний головний біль, загальна слабкість, розбитість, ломота у кінцівках, можливе здуття живота і блювота, втрата апетиту аж до анорексії. Нерідко буває порушення свідомості - марення, галюцинації. Типова висока пропасниця 39-40°C, що з'являється у перші години захворювання і зберігається в середньому 8-10 днів, практично не змінюючись. Критичне падіння температури спостерігається у третини хворих, частіше відбувається поступове зниження температури. Нерідко у період видужання відбувається короткочасне підвищення температури.

Крупозні пневмонії (плевропневмонії) супроводжуються *плевральними симптомами* - колючим болем у грудній клітині, який посилюється при глибокому диханні, кашлі. Нерідко хворий приймає вимушене положення - лежить на спині з піднятим узголов'ям або на хворому боці (при цьому зменшується екскурсія легень), часто притримує рукою грудну клітину на стороні ураження. При залученні до запального процесу діафрагмальної плеври біль може локалізуватися у верхньому відділі живота (*абдомінальний синдром*).

Кашель при крупозних пневмоніях з'являється на перший чи другий день захворювання, спершу сухий, потім із виділенням мокроти. У 20-40% хворих мокрота має "ржавий" характер, в'язка, з прожилками крові, буро-коричневого кольору внаслідок високого вмісту гемолізованих еритроцитів та фібрину, виділяється важко. Ржавий характер мокроти зберігається на протязі 7-10 днів. Більш часто спостерігається виділення слизово-гнійної мокроти.

Нерідко розвивається *синдром дихальної недостатності* – тахіпное, задишка.

ФІЗИКАЛЬНІ СИМПТОМИ

При огляді у хворих на крупозну пневмонію нерідко виявляється характерний зовнішній вигляд: гарячковий рум'янець на щоках, більш інтенсивний на стороні ураження внаслідок залучення у процес шийного вузла симпатичного нерву. Слизові оболонки можуть набувати цианотичного відтінку. У літніх людей, що мають супутне ураження серцево-судинної системи, спостерігається виражений цианоз губ, кінчиків вух, шік, дистальних фаланг пальців рук. У 30% хворих на губах, крилах носу є герпетичні висипання. Склери можуть бути субіктеричні. Положення хворого вимушене: лежить на ураженій стороні грудної клітини, головний кінець піднятий. Дихання поверхневе, часте, тахіпное 30-40 на хвилину. Уражена половина відстає у акті дихання, допоміжні дихальні м'язи напружені, міжреберні проміжки зглажені.

При пальпації вже у перші години захворювання виявляються фізикальні ознаки ущільнення легеневої тканини внаслідок гіперемії й мікробного набряку - над областю уражених сегментів визначається підсилення бронхофонії та голосового

тремтіння (у 70-90% хворих). Сегменти, в яких розвивається запалення, стають менше насиченими повітрям, ніж у нормі, і краще проводять звукові коливання на грудну клітину.

Перкуторно у стадії гіперемії та мікробного набряку над областю уражених сегментів визначається нерізде притуплення перкуторного звуку практично у всіх хворих внаслідок ущільнення легеневої тканини. Крім того, перкуторний звук набуває своєрідний тимпанічний відтінок, оскільки знижується еластичність легеневої тканини й тонус альвеол, останні розтягуються і розширюються. У стадії гепатизації легені перкуторний звук набуває більш вираженого тупого характеру, тимпанічний компонент повністю зникає або вислуховується локально. Екскурсія нижнього краю легень на стороні ураження різко знижена. У фазу завершення пневмонії перкуторна тупість з тимпанічним відтінком змінюється на ясний легеневий звук.

Аускультативно крупозна пневмонія може проявлятися різноманітними звуковими феноменами у залежності від фази захворювання.

У стадії гіперемії та мікробного набряку на 1-3 день захворювання над ураженими сегментами легень вислуховується ослаблене везикулярне дихання у 30-60% хворих. На висоті видиху може вислуховуватись ніжна крепітація, цей досить рідкий симптом може маскуватися при поверхневому та частому диханні. Крепітація - дуже важлива диференціально-діагностична ознака крупозної пневмонії, практично не спостерігається при інших варіантах гострих пневмоній. Утворюється крепітація при неповному заповненні альвеол ексудатом та злипанні їх стінок, крепітуючий звук з'являється при розправленні альвеол на висоті вдиху та при покашлюванні. На обмеженій ділянці легені можуть вислуховуватись вологі й сухі хрипи внаслідок супутнього бронхіту.

У фазу гепатизації на 3-4 день захворювання крепітація зникає, оскільки альвеоли повністю заповнюються ексудатом й припиняється їх вентиляція. З'являється бронхіальне дихання, обумовлене ущільненням перибронхіальних структур по периферії пневмонічного фокусу. При крупозній пневмонії з локалізацією у нижній долі лівої легені дихання може мати амфоричний або металевий відтінок внаслідок резонансу із шлунком та кишечником. Над зоною запалення везикулярне дихання різко ослаблене, виражене підсилення бронхофонії. При залученні до процесу вісцеральної плеври може вислуховуватись тертя плеври.

У фазі завершення пневмонії дихання втрачає бронхіальний характер, стає жорстким. Відновлення аерації альвеол в уражених зонах, розправлення та видалення ексудату супроводжується появою повторної крепітації, яка характеризується більшою звучністю, більшою тривалістю й виявляється у 60-80% хворих. Дренаж ексудату по бронхіальному дереву супроводжується звучними дрібнопухирчатими хрипами, які чути у фазу видиху і вдиху. У фазу завершення пневмонії дихання набуває везикулярного характеру.

Реактивні зміни з боку серцево-судинної системи у хворих на крупозну пневмонію проявляються тахікардією до 100-120 ударів на хвилину, гіпотонією. У молодих пацієнтів внаслідок гіпоксії синусового вузла може виникнути синусова брадикардія. Можлива гостра легенева гіпертензія, яка проявляється акцентом II тону над легеневою артерією та розширенням меж серця вправо.

Реактивні зміни центральної нервової системи характеризуються менінгеальними або менінгоенцефальними синдромами, порушенням сухожилкових та шкіряних рефлексів. Можливі вторинні зміни з боку шлунково-кишечного тракту - обложенний, сухий язик, здуття живота, метеоризм, запори, виражена анорексія. Висока пропасниця може супроводжуватись затримкою сечовини в організмі, олігурією, протеїнурією.

ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

ГЕМОГРАМА

При крупозній пневмонії у периферичній крові можлива наявність вираженого нейтрофільного лейкоцитозу до $20-30 \times 10^9$ /л, зсув лейкоцитарної формули вліво до юних форм нейтрофільних гранулоцитів та мієлоцитів. Про високу вірулентність збудників пневмонії та низьку реактивність макроорганізму свідчить гіперлейкоцитоз понад 40×10^9 /л або лейкопенія менше 5×10^9 /л. Нерідко є токсична зернистість нейтрофілів, у більш важких випадках у цитоплазмі нейтрофілів з'являються включення Князькова-Дела.

Кількість еозинофілів знижується, у тяжких випадках спостерігається еозинофілія. Нерідко є відносний чи абсолютний моноцитоз та лімфопенія. ШОЕ, як правило, значно збільшена. Важкі крупозні пневмонії супроводжуються тромбоцитопенією та геморагічними явищами.

У сироватці крові хворих на крупозну пневмонію різко підвищується рівень гострофазових показників – С-реактивного протеїну, сіалових кислот, церулоплазміну, фібриногену та інш. При дослідженні білкових фракцій - підвищення рівня альфа-1-, альфа-2- та гама-глобулінів, у гострому періоді підвищується рівень імуноглобулінів, особливо Ig M. При затяжному перебігу крупозної пневмонії характерне зниження рівня імуноглобулінів.

ДОСЛІДЖЕННЯ МОКРОТИ

Мокрота у хворих на крупозну пневмонію скловидна, в'язка, багата на білок. При мікроскопії мокроти визначаються фрагменти еритроцитів, лейкоцитів, нитки фібрину, диплококи.

Тяжкий перебіг крупозної пневмонії може привести до розвитку "токсичної нирки" - у сечі з'являються циліндри, білок, мікрогематурія.

СПИРОГРАФІЯ

При вивченні спірометричних показників виявляється змішаний тип вентиляційних порушень - поєднання рестриктивних та обструктивних змін, навіть якщо клінічні прояви бронхіальної обструкції відсутні. Клінічним еквівалентом бронхіальної обструкції на рівні крупних бронхів є приступоподібний кашель; на рівні дрібних бронхів - постійна експіраторна задишка. Розсіяні сухі хрипи із свистом з'являються при порушенні бронхіальної прохідності на рівні середніх та дрібних бронхів.

РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Рентгенологічні симптоми крупозної пневмонії залежать від стадії захворювання. У *стадії приливу* на рентгенограмах визначається підсилення легеневого малюнку і зниження прозорості фону внаслідок переповнення кров'ю легених судин. Якщо зона ураження менша за одну долю, діагностика змін ускладнена. Корінь легені на стороні ураження розширений, його структура розмита. При ураженні нижньодольових сегментів спостерігається зниження рухомості куполу діафрагми.

У *стадії гепатизації* є гомогенні інтенсивні затемнення, які по щільності нагадують ателектаз, але більш значних розмірів, не характерної для ателектаза форми, без зміщення органів середостення у бік ураження. Інтенсивність тіні у напрямку до периферії збільшується. При масивній крупозній пневмонії із залученням цілої долі легені тінь однорідна на всьому протязі. Найбільш частим для крупозної пневмонії є ураження 2-3 сегментів (70% хворих). 1-3 сегменти вражаються тільки у 5% хворих. Крупозна пневмонія правосторонньої локалізації спостерігається у 1,7 разів частіше, ніж лівосторонньої (мал. 2.2.1, 2.2.2).

Ураження ділянок легень уздовж міждольових щілин можна діагностуватися тільки рентгенологічно - аускультативні симптоми не виявляються, оскільки фокус розташований дуже глибоко. Перицисуральні пневмонії у бокових проекціях утворюють подовжені тіні - один контур чіткий, прямолінійний (з боку міждольової плеври), інший контур розмитий (із сторони паренхіми легені). Крупозні пневмонії нерідко супроводжуються реакцією міждольової та костальної плеври - у третини

хворих виявляється рідина у міждольових щілинах, може приєднатися ексудативний плеврит.

У стадії завершення крупозної пневмонії знижується інтенсивність тіні, зменшуються її розміри. Підсилення легеневого малюнку на місці пневмонічного фокусу зберігається протягом 3-4 тижнів після розсмоктування пневмонії. Діагностика пневмонії, яка не повністю завершилась, проводиться за допомогою проби Вальсальви - хворий намагається видихнути через ніс при закритих ніздрях та роті - легеневий малюнок бліднішає внаслідок звуження судин. Застосовується проба Мюллера - хворий намагається вдихнути при закритій голосовій щілині - легеневий малюнок підсилюється внаслідок переповнення судин кров'ю. Якщо деформація судинного малюнку у постпневмонічній зоні зумовлена пневмосклерозом, при проведенні проб вираженість судинного малюнку змінюватися не буде.

До постпневмонічних змін відноситься й розширення, гомогенізація відповідного латеральності пневмонії кореня легені, що може спостерігатися протягом 3-4 тижнів. Ексудат у плевральній порожнині після усунення запального процесу розсмоктується протягом 1-1,5 місяців.

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНИЙ ДІАГНОЗ КРУПОЗНИХ ПНЕВМОНІЙ

Диференціальний діагноз проводиться із рядом захворювань.

1. Інфільтративно-пневмонічний туберкульоз легень.
2. Бронхогенний рак легень.
3. Альвеолярний рак легень.
4. Аденома бронху.
5. Лімфогранульоматоз легень.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КРУПОЗНИХ ПНЕВМОНІЙ

Перебіг та симптоматика крупозних пневмоній залежать від локалізації запалення, віку й супутніх захворювань пацієнта.

Верхньодольова крупозна пневмонія часто спостерігається у дітей та літніх людей. Кашель, плевральні болі виражені слабо. Домінують прояви загальної інтоксикації, гіперпірексія, марення, ознаки подразнення шийного симпатичного сплетіння - гіперемія щік, мідріаз на стороні ураження.

Центральна крупозна пневмонія (прикоренева) також не супроводжується болями у боці, вираженим кашлем, плевральними явищами. Типові виражена інтоксикація, озноб, гіперлейкоцитоз, прояви дихальної недостатності - задишка, роздування крил носу.

Тотальна крупозна пневмонія, з ураженням цілої легені, характеризується різко вираженими аускультативними та перкуторними симптомами, тяжкістю перебігу захворювання.

Крупозна пневмонія у дітей починається без ознобу, часто супроводжується абдомінальними явищами. Пневмонія у літніх людей часто перебігає із стертою аускультативною симптоматикою внаслідок наявності фонові старечої емфіземи легень та гіповентіляції. Температура тіла, як правило, буває невисокою при тяжкому загальному стані, нерідко приєднуються явища серцево-судинної недостатності.

Крупозна пневмонія у алкоголіків перебігає із вираженою плевральною симптоматикою, кашлю може не бути. Виражені ознаки ураження центальної нервової системи - марення, неадекватна поведінка. Нерідко пневмонія провокує розвиток делірію.

Крупозна пневмонія у хворих на цукровий діабет може трансформуватися у гнійні процеси - абсцес, гангрену легені, призводить до декомпенсації вуглеводного обміну з можливим розвитком коматозних станів.

ВОГНИЩЕВІ ПНЕВМОНІЇ

Вогнищеві пневмонії є найбільш поширеним варіантом пневмоній - 2/3 всіх випадків. Запальний процес починається у бронхах із наступним поширенням на

альвеоли, паренхіму легень ("бронхопневмонія"). Поширення запалення обмежується ділянкою сегмента або одним сегментом.

Клінічна симптоматика при вогнищевих пневмоніях дуже варіабельна, характер захворювання визначається збудником, особливостями хворого - віком, супутніми захворюваннями, реактивністю організму. Можливий гострий початок захворювання - висока температура, *явища інтоксикації* (загальна слабкість, головний біль, озноб або позноблювання). Тривалість гарячкового періоду 3-10 днів, температура знижується літично. Частіше спостерігається стертий початок захворювання (у 75% хворих), з поступовим розвитком симптомів.

Біль у боці чи під лопаткою з'являється тільки при субплевральній локалізації пневмонічного фокусу. Майже у всіх хворих (78%) є *кашель* - спершу сухий, надалі з виділенням рідкої слизистої або слизисто-гнійної мокротини, рідко - кровохаркання. Інколи кашель з'являється на 3-4 день захворювання. *Задихка* у спокої спостерігається тільки у 13-18% хворих.

ФІЗИКАЛЬНІ ДАНІ

При огляді загальний стан може бути задовільним, частіше середньої тяжкості. Вимушене положення із піднятим узголів'ям характерне для літніх хворих. У третини пацієнтів спостерігається відставання у акті дихання грудної клітини на стороні ураження і зниження рухомості нижнього краю легень на 2-3 см. При верхньодольових пневмоніях виявляється напруження й болючість трапецієвидного м'язу на стороні ураження. Можлива виражена блідість шкіряних покривів на фоні акроціанозу або гіперемія щік. Герпетичні висипання спостерігаються у 30-40% хворих.

У ділянці пневмонічного фокусу може визначитися болючість міжреберних проміжків при надавлюванні пальцем або стетоскопом. При ураженні діфрагмального листка плеври з'являється біль при глибокій пальпації у підребер'ях. Посилення голосового тремтіння визначається тільки у 10-15% пацієнтів з великовогнищевими або зливними пневмоніями. Більш важливим симптомом є посилення бронхофонії - спостерігається у 2/3 випадків.

Перкусія при мілковогнєщєвих пневмоніях малоінформативна. При поверхнево розміщєних вогнищєвих пневмоніях перкуторний звук вкорочений, великовогнищєві та зливні пневмонії характеризуються значним притупленням легеневого звуку на великій площі.

Найбільш значущими для діагностики вогнищєвих пневмоній є аускультативні прояви. Мілковогнєщєва пневмонія характеризується жорстким диханням і локальними дрібнопухирчатими вологими хрипами. При середньовогнищєвій пневмонії вислуховується жорстке дихання й дрібнопухирчаті вологі хрипи на більшій площі. Великовогнищєва пневмонія відрізняється бронхіальним відтінком жорсткого дихання, розсіяними вологими хрипами. При зливній вогнищєвій пневмонії, крім названих вище симптомів, може визначитися крепітація.

Таким чином, при вогнищєвих пневмоніях можуть виявлятися різноманітні аускультативні симптоми: посилена бронхофонія (2/3 випадків); жорстке дихання (85%); ослабленне дихання (35%); бронхіальне дихання (4%); вологі дрібно- та середньопухирчаті хрипи (60-80%); сухі хрипи (40%); крепітація (10%); шум тертя плеври (6%).

Ознаки вторинного ураження серцево-судинної системи частіше виявляють у літніх хворих - приглушеність I тону на верхівці, функціональний систолічний шум на верхівці, помірна гіпотонія, минущі порушення ритму.

Вогнищєва пневмонія може перебігати стерто, з домінуванням нетипових симптомів.

Бронхітоподібний варіант вогнищєвої пневмонії відрізняється домінуванням ознак бронхіальної обструкції - скаргами на затруднене дихання, постійний малопродуктивний кашель. Даний варіант частіше спостерігається у хворих на

хронічний бронхіт.

Кардіальний варіант вогнищевої пневмонії характеризується переважанням ознак правошлуночкової серцево-судинної недостатності - стійкою тахікардією, збільшенням печінки, набряками, набуханням шийних вен.

Латентний перебіг вогнищевої пневмонії супроводжується кашлем, який нерідко відсутній, субфебрилітетом та астеною.

ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

ГЕМОГРАМА

Характерний лейкоцитоз, що не перевищує 10×10^9 в л (25% хворих). Зсув лейкоцитарної формули вліво спостерігається частіше, навіть при нормальному рівні лейкоцитів. У розпалі захворювання підвищується рівень СРП, фібриногену, знижується рівень альбуміну, підвищується вміст альфа-1-, альфа-2- і гама-глобулінів.

РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Рентгенологічні ознаки вогнищевої пневмонії нерідко відіграють вирішальну роль у діагностиці захворювання (мал. 2.2.3, 2.2.4). Мілковогнищеві фокуси запальної інфільтрації при рентгенографії проявляються вогнищами затінення діаметром у декілька міліметрів, розміщених по ходу сегментарних бронхів чи у місцях їх розгалуження. Великовогнищеві та зливні інфільтрати дають затінення діаметром 1-1,5 см, які утворюють нерівномірні п'ятнисті, нечіткі тіні. У сегментах, в яких розташовані пневмонічні фокуси, змінюється вираженість судинного малюнку внаслідок розширення й переповнення кров'ю судин, запального набряку бронхальних стінок, зменшується повітряність легеневої тканини. У сусідніх зонах є ознаки компенсаторної емфіземи легень. Можлива наявність випоту у плевральній порожнині й обмеження рухів діафрагми на стороні ураження.

Вогнищеві пневмонії найбільш часто локалізуються у правій легені, особливо у нижній долі, а також у верхівкових сегментах верхньої долі правої легені, язичкових сегментах, верхньому латерально-базальному та задньобазальному сегментах нижньої долі. Полісегментарне ураження, як правило, обмежується 2 сегментами. Двосторонні процеси з ураженням 1-2 сегментів у обох легенях при вогнищевих пневмоніях спостерігаються в 20% випадків, у 6 разів частіше, ніж при крупозних пневмоніях.

У гострому періоді захворювання типова наявність ознак бронхіальної обструкції. Вентиляційні порушення по рестриктивному типу виявляються рідко, тільки при фонівому пневмосклерозі та емфіземі легень.

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНИЙ ДІАГНОЗ ВОГНИЩЕВИХ ПНЕВМОНІЙ

Диференціальний діагноз проводиться з рядом захворювань.

1. Інфаркт легень.
2. Альвеолярний рак легень.
3. Туберкульоз легень, туберкульома.
4. Одіночні метастази пухлини у легені.
5. Аденома периферичного бронху.
6. Лімфогранульоматоз легень.
7. Лімфосаркома легень.
8. Саркоїдоз.
9. Сіфіліс легень.
10. Фахові захворювання легень.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПЕРВИННИХ ПНЕВМОНІЙ ІНФЕКЦІЙНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

СТАФЛОКОКОВІ ПНЕВМОНІЇ становлять 5-10% всіх пневмоній, нерідко ускладнюють перебіг остеомієліту, флегмон, фурункульозу, постабортного періоду. Стафілокок при впливі на тканини викликає гнійно-некротичний процес, оскільки

віділяє гіалуронідазу, лецитіназу, гемолізину, плазмокоагулазу. Основними патогентичними варіантами стафілококової пневмонії є первинна бронхогенна пневмонія та вторинна септична стафілококова пневмонія. Стафілококова пневмонія відрізняється тяжким перебігом із ознаками вираженої інтоксикації - гострим початком, високою температурою, ознобом, пітливістю, тахікардією. Місцеві симптоми також виражені - біль у грудях, кашель, мокрота іржава, в'язка, липнуча до язика з домішкою крові та гною.

Стафілококові пневмонії швидко трансформуються з локального інфільтрату у числені вогнища деструкції з формуванням абсцесів, як правило, числених, полісегментарної локалізації, із залученням до процесу плеври - піоторакс, пневмоторакс. При цих пневмоніях рано формується пневмофіброз. Стадія деструкції легеневої тканини супроводжується септичною симптоматикою - потрясаючим ознобом, високою пропасницею, задишкою, дихальною недостатністю. Перкуторно - мозаїчна картина, зони притуплення над інфільтратами чергуються із зонами тимпаніту над порожнинами абсцесів. При аускультативній визначаються ділянки ослабленого дихання над інфільтратами, які чергуються із зонами з амфоричним диханням над порожнинами, що сполучаються з бронхами. Часто вислуховуються різнокаліберні вологі хрипи.

Рентгенологічно визначаються числені полісегментарної локалізації вогнищеві та крупні зливні тіні, на фоні яких виявляються кільцевидні тонкостіні, не вміщуючі рідини, порожнини, пов'язані з бронхами. У гемограмі - гіперлейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, токсична зернистість лейкоцитів, прискорене ШОЕ.

СТРЕПТОКОККОВІ ПНЕВМОНІЇ складають 10-13% всіх пневмоній. Перебігають важко, з високою пропасницею, ознобами, кашлем із слизисто-гнійною рідкою мокротою, нерідко з домішкою крові, болем у грудній клітці, задишкою. Фізикальна симптоматика мізерна - числені дрібні вогнища локалізовані у нижніх долях. Часто приєднується ексудативний плеврит, емпієма плеври.

СИНЬОГНІЙНА ПНЕВМОНІЯ, викликана синьогнійною паличкою, розвиває рідко, як правило, після тяжких торакальних операцій, вогнищевих інфекцій, у ослаблених хворих після нераціональної антибіотикотерапії. Перебіг захворювання тяжкий, із вираженими симптомами загальної інтоксикації та дихальної недостатності. Процес має тенденцію до дисемінації та утворення абсцесів (мал. 2.2.5, 2.2.6), часто ускладнюється піопневмотораксом.

ПАЛИЧКИ ПФЕЙФФЕРА спричиняють пневмонії частіше у дітей чи ослаблених пацієнтів із злоякісними пухлинами, хронічним обструктивним бронхітом, бронхоектатичною хворобою, цукровим діабетом. Вогнища гемофільної пневмонії легко виникають у зонах ателектазу легень, зумовленого обтурацією бронхів. Частіше вражаються нижні долі - дрібні вогнища запалення швидко зливаються, набуваючи великовогнищевий характер чи зливний. Домінуючим симптомом є кашель з виділенням гнійної мокроти. Перкуторні та аускультативні симптоми мозаїчні - притуплення чергується із тимпатітом, ослаблене везікулярне дихання - із локалізованими вологими хрипами. Можлива генералізація процесу із розвитком менінгіту, перикардиту, плевриту, артрити, сепсису.

ФРІДЛЕНДЕРІВСЬКА ПНЕВМОНІЯ спостерігається у 1-2% випадків гострих пневмоній, спричинюється паличкою Фрідлендера (клебсієла пневмонії). Хворіють частіше старі люди, алкоголіки, ослаблені важкими захворюваннями, хворі на цукровий діабет. Ураження легень має частковий характер, частіше вражаються верхні долі. Фрідлендерівські пневмонії перебігають із вираженим геморагічним компонентом, супроводжуються численими тромбозами судин, що обумовлює специфічний характер мокроти - тягуча, в'язка, желеподібна, кров'яниста, із запахом горілого м'яса.

Кашель постійний, болючий. Майже завжди до процесу залучається плевра - постійні болі у грудній клітці, геморагічний ексудат у плевральній порожнині.

Виражена загальна інтоксикація, хворі адинамічні, ослаблені. Спостерігається тяжка дихальна недостатність із задишкою та цианозом. На шкірі, слизових оболонках у 70% хворих виявляються геморагії, у 20% пацієнтів є жовтяниця внаслідок токсичного гепатиту. Протягом 3-4 днів може сформуватися абсцес легень. Фізикальні симптоми мізерні: притуплення перкуторного тону, ослаблення бронхіального дихання, одиничні вологі хрипи внаслідок тотального заповнення дихальних шляхів ексудатом.

Рентгенологічно визначається щільний гомогенний інфільтрат, уражена частина збільшена у об'ємі, є числені вогнища деструкції, плеврит, реакція коренів легень. У гемограмі - лейкопенія, моноцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво. Летальність при Фрідлендерівській пневмонії становить 15-20%.

КОЛБАЦИЛЯРНА ПНЕВМОНІЯ розвивається, як правило, у хворих на цукровий діабет, злоякісні пухлини, уремію, декомпенсовану серцево-судинну недостатність, які тривало лікувалися антибіотиками, кортикостероїдами. Захворювання може починатися блискавично, з колаптоїдної реакції. Клінічні прояви нагадують крупозну пневмонію. Рентгенологічно визначаються числені зливні вогнища, нерідко зони деструкції. Типовий високий лейкоцитоз. У мокроті виявляються кишечні палички.

ЛЕГІОНЕЛЬОЗНА ПНЕВМОНІЯ виникає при зараженні грамнегативною паличкою легіонели, яка знаходиться у ґрунтових водах, поширюється через систему кондиціонерів. Захворювання характеризується поліорганичним ураженням: ентеритом, гепатитом, гломерулонефритом. Виражені симптоми інфекційно-токсичного шоку: дезорієнтація, галюцинації, міалгії, поліарталгії, септична температура до 41 С. Ураження легень може розвиватися по типу гострої пневмонії або гострого альвеоліту. Легіонельозна пневмонія має дольовий характер, часто ускладнюється утворенням абсцесів, плевритом, піопневмотораксом, набряком легень. Кашель сухий або із мізерною слизистою мокротою. Перкуторний тон вкорочений, аускультативно - бронхіальне дихання, крепітація, вологі хрипи. У гемограмі - лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво, лімфопенія, значне прискорення ШОЕ до 60-80 мм. У мокроті й бронхіальних змивах методом прямої імунофлюоресценції визначається легіонела.

ПЕРВИННА ГРИПОЗНА ПНЕВМОНІЯ починається через 1-3 дні після появи перших симптомів грипу - високої температури, вираженої інтоксикації, ознак фарингіту, ларингіту, заложеності носових ходів. Грип характеризується вираженою загальною інтоксикацією: сильним головним болем, запамороченням, болем у очних яблуках, болями в усіх групах м'язів та суглобах, загальною розбитістю та слабкістю, апатією, нудотою та блювотою.

Катаральне ураження слизових оболонок проявляється першінням та саднінням у горлі, сухістю та заложеністю носових ходів, слезотечею. Нерідко є геморагічні прояви - петехіальні висипи, носові кровотечі, ін'єкція судин кон'юнктиви та слизових оболонок зіва. "Легеневі" симптоми виражені, нерідко не відповідають мізерним перкуторним та аускультативним проявам. Хворі на первинну грипозну пневмонію скаржаться на жорсткий болючий кашель, сухий чи із мізерною мокротою, сильний загрудинний біль, задишку, часто носові кровотечі.

Перкуторно визначається вкорочення перкуторного тону над зоною інфільтрації, розширення кореня легені на стороні ураження, нерідко ознаки гострої емфіземи - тимпаніт, опущення нижньої межі легень, зменшення площі абсолютної серцевої тупості. Аускультативні прояви часто локалізовані у міжлопаточній області. Можлива наявність жорсткого або ослабленого дихання, сухих або вологих дрібнопухирчатих хрипів, рідко - шум тертя плеври. Фізикальні зміни можуть бути слабовираженими, мінливими, або не виявлятися взагалі. Найбільш частими проявами первинної грипозної пневмонії є локальне вкорочення або притуплення перкуторного звуку на фоні тимпаніту. Хрипи з'являються через 3-5 днів там, де відзначалися болі у грудях.

Рентгенологічні ознаки післягрипозної пневмонії також тільки непрямі - відставання екскурсії діафрагми на стороні ураження, розширення коренів. Найбільш часта локалізація інфільтрату - задній сегмент верхньої долі, верхній та задньо-базальний сегмент нижньої долі, одиничні чи множинні дрібні тіні, що можуть зберігатися до 4 тижнів. У гемограмі хворих із грипозною пневмонією визначаються еозінопенія, лімфопенія, у третини пацієнтів - лейкопенія. Рівень моноцитів підвищується. ШОЕ прискорене у половини хворих. Ознаки "токсичної нирки" - протеїнурія, циліндрурія, мікрогематурія - виявляються у 25% хворих. На ЕКГ нерідко фіксуються ознаки дифузного токсичного ураження міокарду: зниження вольтажу всіх зубців, двофазний або негативний зубець Т, уповільнення атріовентрикулярної провідності - подовження інтервалу PQ, розширення комплексу QRS.

Грипозні вірусно-бактеріальні пневмонії мають схильність до міграції та рецидивування запального процесу, тяжкого затяжного перебігу. Інколи при відсутності клініко-лабораторних ознак захворювання зберігаються рентгенологічні симптоми інфільтрації.

ВТОРИННА ГРИПОЗНА ПНЕВМОНІЯ має вірусно-бактеріальне походження, розвивається внаслідок нашарування на вірусну інфекцію бактеріального запального процесу в легенях, зумовленого пневмококами, стафілококами, паличкою Фрідлендера. Ознаки пневмонії з'являються через 4-5 днів після виникнення грипу, коли вираженість симптомів інтоксикації та катарального ураження дихальних шляхів значно зменшується. Приєднання бактеріально-вірусної пневмонії проявляється другою хвилею пропасниці, повторним погіршенням загального стану. Відновлюється головний біль, болі у м'язах та суглобах, болючість при рухах очних яблук. Можливе повторне токсичне ураження ЦНС із запамороченням, порушенням свідомості, маренням, менінгізмом, нудотою й блювотою. Пропасниця зберігається тривало, досягає 39-40 С, але можливі значні індивідуальні варіації. "Легеневі" скарги різноманітні й тяжкі - кашель із кров'янистою мокротою, важка задишка до 40-50 дихань на хвилину.

При огляді звертає увагу акроціаноз із сірим відтінком, хворий знаходиться у вимушеному положенні. Перкуторно над зоною інфільтрації може визначитися притуплення перкуторного тону, внаслідок гострої емфіземи легень практично завжди з'являється тимпанічний відтінок над обома легеневиими полями, знижується рухомість нижньої межі легень, зміщується вниз нижній край легень. Аускультативні симптоми мінливі - ослаблення бронхофонії трансформується у посилення бронхофонії, з'являється бронхіальне чи жорстке дихання, дзвінкі вологі хрипи, крепітація, шум тертя плеври. Аускультативні зміни можуть зникати і відновлюватися через 1-2 дні.

Рентгенологічно виявляється вогнищеве, сегментарне або часткове затемнення. Вогнища числені, мають тенденцію до злиття, можливе утворення абсцесу (мал. 2.2.7) і вторинне ураження плеври. Зміни периферичної крові типові для бактеріально обумовленого запалення: лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво, збільшена кількість сегментоядерних нейтрофільних гранулоцитів, ретикулярних клітин, ШОЕ прискорюється до 30-60 мм/годину.

ГЕМОРАГІЧНІ ГРИПОЗНІ ПНЕВМОНІЇ розвиваються дуже рідко, перебігають тяжко, характеризуються стійкою високою температурою 40-41 С, швидко наростаючою тяжкою задишкою, кров'янистою пінистою мокротою, кровохарканням, цианозом, колапсом, порушенням свідомості, менінгізмом. При фізикальному обстеженні визначається нерізде притуплення перкуторного звуку, жорстке дихання, вологі й сухі хрипи. Для грипозних геморагічних пневмоній характерна резистентність до антибіотиків, кортикостероїдів. Прогноз несприятливий: хворі частіше всього загивають на 2-3 добу захворювання від гострого геморагічного набряку легень, вираженої інтоксикації, гіпоксичної коми. При рентгенологічному дослідженні визначаються вогнища затемнення округлої або неправильної форми.

ПАРАГРИПОЗНІ ВІРУСНІ ПНЕВМОНІЇ у дорослих розвиваються рідко.

Особливістю захворювання є слабка вираженість загальної інтоксикації на фоні виражених катаральних явищ. Температура нормальна або субфебрильна, легке загальне недомогання, ломота у тілі, озноб. Нежить виражена, поєднується із болем у горлі, осиплістю голосу, вираженою гіперемією задньої стінки глотки та м'якого піднебення. Ознаки пневмонії з'являються на 3-7 день захворювання. Стан хворого погіршується - температура підвищується до 40 °С, з'являються озноб, слабкість, адинамія, відчуття розбитості, головний біль, мінуща спутаність свідомості, менінгізм. Симптоми пневмонії неспецифічні - біль у грудях, постійний кашель, сухий чи із слизово-гнійною мокротою, інколи кровохаркання, задишка, акроціаноз. Фізикальні симптоми: вкорочення перкуторного тону, ослаблене дихання із жорстким відтінком, вологі хрипи, шум тертя плеври.

На рентгенограмах у 60% хворих є інфільтративні затенення в одному чи кількох сегментах. Зміни гемограми при парагрипозних пневмоніях не типові для вірусного процесу - лейкоцитоз і прискорене ШОЕ, можливо, внаслідок частого приєднання бактеріальної інфекції, бо у мокроті виявляються пневмокок, золотистий та гемолітичний стафілокок. Особливістю парагрипозних пневмоній є затяжний перебіг захворювання, вологі хрипи у легенях вислуховуються протягом 3-4 тижнів.

АДЕНОВІРУСНА ПНЕВМОНІЯ відрізняється від інших вірусних пневмоній масивним виділенням слизово-гнійної мокроти, великою кількістю різнокаліберних вологих хрипів, здебільшого дрібно- та середньопухирчатих, збільшенням та болочістю шийних лімфатичних вузлів, супутнім тонзилітом. Аденовірусна інфекція проявляється пропасницею, загальною інтоксикацією (головний біль, запаморочення, нудота, блювота) і катаральними явищами - кон'юнктивіт, склерит, нежить, заложеність носа, біль у горлі, гіперемія зіву, збільшення мигдаликів.

Приєднання пневмонії проявляється появою кашлю з великою кількістю мокроти, болем у грудях. Аденовірусні пневмонії, як правило, односторонні, частіше правосторонні, у задньобазальних відділах. Перкуторно визначається притуплення, частіше у підлопатковій області справа. При аускультатії вислуховується ослаблене або жорстке дихання з бронхіальним відтінком, різнокаліберні вологі хрипи. Фізикальні ознаки інколи відсутні, діагноз підтверджується рентгенологічно - п'ятнисті ніжні хмаркоподібні затенення у нижніх відділах правої легені, виражене збільшення лімфовузлів кореня легені з підсиленням легеневого малюнку у прикореневих відділах.

У периферичній крові виявляється прискорене ШОЕ, у половини хворих - помірний лейкоцитоз. Діагноз аденовірусної інфекції підтверджується імунологічним дослідженнями - реакція зв'язування комплементу (РЗК), реакція імуофлюоресценції (РІФ).

РЕСПІРАТОРНО-СИНЦИТІАЛЬНА ПНЕВМОНІЯ розвивається на фоні катарального ринофарингіту, кон'юнктивіту, характеризується ознаками бронхіоліту, нерідко із астматичними явищами. Інколи є симптоми ураження травного тракту - болі у животі, рідкий кал. Пропасниця триває 7-10 днів, досягаючи 38-39 °С. Хворі скаржаться на болі у грудях, кашель, задишку, можливі приступи експіраторної ядухи, кровохаркання, ціаноз. Респіраторно-синцитіальні пневмонії у половини хворих мають вогнищевий характер, у 25% - зливні. Процес частіше односторонній, з локалізацією у нижніх відділах.

Перкуторно визначається чергування зон тимпаніту та притуплення перкуторного тону. Дихання жорстке, вологі й сухі хрипи. Рентгенологічні зміни виявляються через 2-3 дні від початку захворювання - виражене посилення легеневого малюнку, локальні ателектази, гостра емфізема легень. У більшості хворих прискорене ШОЕ, у половини є лейкоцитоз. Діагноз підтверджується підвищеним титром антитіл до респіраторно-синцитіального вірусу в ході реакції зв'язування комплементу (РЗК) або реакції імуофлюоресценції (РІФ).

МІКОПЛАЗМЕННА ПНЕВМОНІЯ розвивається при зараженні мікоплазмою

пневмонії. Інкубаційний період коливається від 1 до 4 тижнів. Початок захворювання може бути як поступовим, так і бурхливим. Продромальний період характеризується нездужанням, помірним головним болем, сухим кашлем, нежиттю, болем у горлі, триває 3-4 дні. Після цього підвищується температура до 39-40 С, збільшується інтоксикація - болі у м'язах, суглобах, нудота, блювота, пітливість, порушення сну. З виникненням пневмонії сухий кашель стає виснажуючим, з'являється біль у грудній клітині на стороні ураження. На другому тижні захворювання починається виділення в'язкої мізерної мокроти, яка важко відхаркується.

Зрідка при фізикальному обстеженні над вогнищем інфільтрації визначається нерізка вкорочення перкуторного звуку. Аускультативні зміни також виражені слабо. Можливе ослаблення або жорсткий відтінок дихання, через 4-5 днів після початку захворювання можуть вислуховуватися протягом 4-10 днів мінливі сухі й вологі хрипи. Зона вислуховування хрипів, як правило, дуже обмежена, хворого треба укласти на хворий бік.

Вирішальне значення в діагностиці мікоплазменних пневмоній має рентгенологічне обстеження. Інфільтрати неоднорідні, негомогенні, без чітких меж, у вигляді п'ятнистих зливних тіней. Інфільтрація може бути нерізка вираженою, у вигляді "туману", "хмарки". Найбільш часто спостерігається підсилення та ущільнення легеневого малюнку, здебільшого у нижніх відділах. Нерідко виявляються ателектази та плеврити з мізерним випотом. У гемограмі - лімфоцитоз, інколи невеликий лейкоцитоз із паличкоядерним зсувом, можливий моноцитоз. ШОЕ значно прискорене.

ІНТЕСТИЦІАЛЬНІ ПНЕВМОНІЇ зустрічаються дуже рідко. Спостерігається їх гіпердіагностика внаслідок токсичного набряку інтестиціальної тканини легень при вірусній інфекції, загостренні хронічного бронхіту, а також підсилення легеневого малюнку при пневмосклерозі. Інтерстиціальна пневмонія спостерігається протягом 1-2 тижнів при ураженні легень орнітозом, мікоплазмами, рикетсіями.

ВТОРИННІ ГОСТРІ ПНЕВМОНІЇ

ГІПОСТАТИЧНІ ПНЕВМОНІЇ розвиваються внаслідок застою крові у малому колі кровообігу у хворих, які тривало знаходяться на постільному режимі. Початок захворювання поступовий, клінічні прояви неспецифічні. Кашель, виділення мокроти часто відсутні. Основними симптомами є збільшення тяжкості загального стану, різка слабкість, підсилення чи поява задишки. Температурна реакція незначна або відсутня.

Фізикальні симптоми виявляються при ретельному поглибленому обстеженні. Найбільш часто визначається підсилення бронхофонії. При перкусії може визначитися вкорочення та притуплення перкуторного звуку на обмеженій ділянці легень. Перкусія обов'язково проводиться і тиха, і гучна, щоб виявити зони інфільтрації різної глибини - і поверхневі, і глибокі. Аускультативно виявляють ослаблене дихання, звучні середньо- та дрібнопухирчаті вологі хрипи. Рентгенологічно - ніжні хмаркоподібні п'ятнисті затемнення у базальних та паравертебральних відділах легень, інколи вогнища зливаються (мал. 2.2.8). У гемограмі - без змін чи помірно виражений лейкоцитоз.

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ ПНЕВМОНІЇ виникають у післяопераційному періоді, по патогенезу можуть бути аспіраційними, гіпостатичними, ателектатичними або інфаркт-пневмоніями, а також мати змішане походження. Операційна травма викликає ряд змін у системі легеневого гомеостазу, які є факторами ризику у розвитку пневмоній: підсилення бронхіальної секреції, порушення бронхіального дренажу внаслідок спазму та набряку бронхів, блокада кашльового рефлексу анестетиками. Характерне порушення кровопостачання легень - гіперемія, крововиливи, ателектази, локальні некрози, зумовлені операційною травмою та застоєм. Має значення зниження реактивності

місцевих та загальних факторів імунітету, післяопераційна бактеріємія.

Після операцій на органах черевної та грудної порожнини, на хребті, нерідко виникають ателектатичні пневмонії. Різке зниження рухомості діафрагми та грудної клітини викликає зменшення вентиляції легень, утворюються локальні ателектази, зони гіповентиляції та гіпоксемії. Тому хворі, що перенесли такі операції, ще до розвитку пневмонії скаржаться на затруднене дихання, задишку, при фізикальному обстеженні виявляється зниження рухомості верхніх меж легень, ослаблення дихання. При перших глибоких вдихах у задньобазальних відділах може вислуховуватися застійна крепітація, яка зникає після тривалого глибокого дихання.

Про приєднання післяопераційної ателектатичної пневмонії свідчить прогресуюче погіршення загального стану, підвищення температури до 39-40 С, рідкий кашель з виділенням слизисто-гнійної мокроті. На 2-4 день захворювання з'являється притуплення перкуторного тону над зоною інфільтрації, вислуховуються звучні вологі хрипи.

Рентгенологічно визначаються зони ателектазу й вогнищеві або зливні затемнення. Найбільш часта локалізація пневмоній - задньобазальні відділи справа. На гемограмі - лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво.

Клінічні прояви післяопераційної пневмонії залежать не тільки від особливостей її патогенезу, але й від поширеності інфільтрації та тяжкості перебігу захворювання. При легкому перебігу післяопераційних пневмоній хворі можуть не мати "легеневих" скарг. При фізикальному обстеженні виявляють тахіпное (20-24 за хвилину), субфебрилітет, локальне ослаблення дихання і одиничні дрібнопухирчаті хрипи, що треба диференціювати від застійних явищ у легенях, зумовлених гіпостазом. Рентгенологічно у цьому випадку виявляються дрібні одиничні вогнища.

Післяопераційні пневмонії середньої тяжкості проявляються прогресуючою слабкістю, адинамією, появою невизначеного болю у грудній клітині, кашлем із в'язкою мокротою, нерідко гнійною, інколи спостерігається кровохаркання, задишка, температура 38-39 С. При обстеженні виявляється підсилення голосового тремтіння та бронхофонії, вкорочення перкуторного тону. На фоні ослабленого й жорсткого везікулярного дихання вислуховуються дрібнопухирчаті хрипи, інколи крепітація. Найбільш часто аускультативні зміни локалізовані паравертебрально, на рівні кута лопатки. У гемограмі - лейкоцитоз із помірно вираженим зсувом лейкоцитарної формули вліво.

Тяжкий перебіг післяопераційних пневмоній характеризується вираженою загальною інтоксикацією - хворі відзначають різку слабкість, анорексію, жар із ознобом, безсоння. Постійний характер мають болі у грудній клітині, кашель із мокротою, яка важко відхаркується, задишка, нерідко спостерігається кровохаркання. Звертає увагу виражене тахіпное - понад 30 за хвилину, тахікардія, пропасниця понад 38 С. При фізикальному обстеженні виявляється вкорочення перкуторного звуку, різке послаблення везікулярного дихання й вологі дрібнопухирчаті хрипи, крепітація. Зона із аускультативними змінами велика, може охоплювати цілу долю. Рентгенологічно - часткове чи зливне вогнищеве затемнення. У периферичній крові спостерігається гіперлейкоцитоз, виражений зсув лейкоцитарної формули вліво, лімфопенія, прискорене ШОЕ.

АСПІРАЦІЙНІ ПНЕВМОНІЇ розвиваються внаслідок попадання у дихальні шляхи сторонніх речовин (часток їжі, блювотних мас, води, крові, тканинного детриту) внаслідок порушення захисних рефлексів: фарінгеального, ларінгеального, кашльового. Аспіраційні пневмонії розвиваються у хворих із парезом м'якого піднебення або у тих, що знаходяться у несвідомому стані - оп'яніння, кома, інсульт. Аспіраційні пневмонії нерідко бувають двосторонніми, найбільш часто розташовуються у базальних відділах, особливо справа. Характерними симптомами аспіраційних пневмоній є болі у грудній клітині, задишка, кашель, виділення гнійної та кров'янистої мокроті. Об'єктивні ознаки: притуплення перкуторного звуку, на фоні

бронхіального чи ослабленого дихання різнокаліберні хрипи. Зона інфільтрації найбільш часто розташована у нижніх відділах правої легені. Величина вогнища аспіраційної пневмонії залежить від калібру бронху, який блокований аспіраційними масами.

Клінічні прояви також залежать від характеру аспіраційних мас. Пневмонії, які розвиваються після аспірації кислого шлункового вмісту, починаються гостро, супроводжуються сильним приступоподібним кашлем з виділенням кровянистої мокроти, вираженою задишкою та пропасницею. Характерне вкорочення перкуторного звуку, ослаблення дихання, наявність вологих мілкопухирчатих хрипів та хрипів із свистом, зумовлених рефлекторним бронхоспазмом. У гемограмі - нейтрофільний лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво.

Аспірація нейтральних мас призводить до менш вираженого, але тривалого перебігу пневмонії, яка часто супроводжується розвитком пневмосклерозу. Клінічні прояви бронхопневмонії: вологий кашель, приступи ядухи внаслідок бронхоспазму, пропасниця невизначеного типу. Перкуторно визначаються притуплення та вкорочення перкуторного звуку, при аускультатії - ослаблене або бронхіальне дихання, звучні різнокаліберні вологі хрипи, здебільшого у задньобазальних відділах. Рентгенологічно виявляють локальні чи поширені зливні затемнення.

Попадання в легені великої кількості жироподібних речовин відразу ж викликає рефлекторний кашель та задишку внаслідок спазму бронхів.

Аспірація невеликої кількості води призводить до незначних рентенологічних змін - підсилення легеневого малюнку та розширення коренів. Аспірована у великій кількості вода накопичується у альвеолах та дрібних бронхах, викликає гострий набряк легень та числені долькові ателектази. Аспіраційні пневмонії у тих, що тонули, розвиваються на другий день після випадку, супроводжуються високою температурою, лейкоцитозом. Фізикально виявляється притуплення перкуторного тону, жорстке або бронхіальне дихання, велика кількість вологих, частіше мілкопухирчатих хрипів. На рентгенограмах - поширені тіні, особливо у нижніх відділах обох легень, корені розширені, неструктурні. Аспіраційні пневмонії нерідко трансформуються у гнійні процеси.

Бензинові пневмонії розвиваються при аспірації невеликої кількості бензину, що трапляється при усмоктуванні бензину ротом. Відразу після аспірації бензину розвивається приступ сильного, болуччого кашлю тривалістю 20-40 хвилин. Мокрота часто містить домішки крові. Після цього спостерігається латентний період (6-8 годин). Бензинова пневмонія проявляється гостро - сильний біль у грудній клітині, кашель з кров'янистою або іржавою мокротою, гіперемія обличчя, нерідко ціаноз, сухість язика, температура 38-39 °C, тахікардія 100-120 ударів за хвилину, тахіпное понад 30 за хвилину.

Фізикальні ознаки пневмонії з'являються через 1-3 доби: вкорочення перкуторного звуку, ослаблене або жорстке дихання, рідко бронхіальне дихання, вологі звучні дрібнопухирчаті хрипи. Найбільш часта локалізація пневмонії - задньобазальні відділи справа. При глибоко розміщених вогнищах інфільтрації фізикальних змін може не бути. На рентгенограмах виявляються крупні одиночні або зливні тіні. На клінічні прояви бензинової пневмонії нашаровуються й симптоми отруєння - головний біль, запаморочення, порушення сну, відрижка бензином, блювота.

ІНФАРКТ-ПНЕВМОНІЯ розвивається внаслідок тромбозу або тромбоемболії гілок легеневої артерії чи бронхіальних артерій із розвитком мікроінфарктів легень. Протягом кількох годин після порушення кровообігу руйнуються сурфактанти, виникають ателектази й розвивається вторинне асептичне, а після цього й бактеріальне запалення. Причиною інфаркт-пневмоній часто бувають вади серця, ІХС, тромбофлебії, перенесені операції на органах черевної порожнини чи малого тазу. На відміну від масивних тромбоемболій легневих судин, кардіальні симптоми виражені

нерізко - біль за грудиною, тахікардія, гіпотонія, ознаки гострої правошлуночкової недостатності. Характерний гострий початок захворювання: з'являється гострий біль у боку й задишка. Інколи виникає абдомінальний синдром - біль у животі та напруження м'язів у правому верхньому квадранті живота, обумовлені подразненням діафрагмальної плеври. Рідко буває відбитий біль у плечовому суглобі.

Диспное з'являється також з'являється і різко. Задишка не залежить від фізичного навантаження, постійна, дещо зменшується у горизонтальному положенні. Цианоз є не завжди, кровохаркання спостерігається у 2/3 хворих, виникає через кілька днів після появи болю й задишки. Вираженість явища може бути різноманітною - від легеневої кровотечі до наявності кров'янистих прожилок у слизисто-гнійній мокроті або червонуватій слизистої мокроті. Інфаркт-пневмонію може супроводжувати геморагічний альвеоліт, при якому мокрота набуває характер сливового компоту з чорнуватими згустками крові. Температурна реакція найбільш часто має відстрочений характер й помірну вираженість - 38-38,5 С, зберігається кілька днів. Дуже рідко пропасниця супроводжується ознобами.

Фізикальні симптоми інфаркт-пневмонії можуть бути мізерними. Можливе відставання ділянки грудної клітини при диханні відповідно вогнища пневмонії, вкорочення перкуторного звуку з тимпанічним відтінком на обмеженій ділянці легені. Аускультативно над запальним фокусом визначається жорстке або бронхіальне дихання, вологі хрипи й шум тертя плеври. Згодом можуть розвинути екссудативний серозно-геморагічний плеврит, що має типову фізикальну симптоматику. При центральній локалізації інфаркт-пневмонії або її малих розмірах фізикальні ознаки можуть зникати.

Емболія гілок легеневої артерії викликає значне підвищення тиску у малому колі кровообігу, гостре перевантаження правого шлуночку й передсердя - синдром гострого легеневого серця. При цьому спостерігається цианоз, набухання шийних вен, позитивний венний пульс. Підсилений серцевий поштов, є акцент II тону над легеневою артерією. Інколи II тон над легеневою артерією роздвоєний, там же вислуховується систолічний та діастолічний шуми.

На ЕКГ - збільшення амплітуди зубців S-I і Q-III, зміщення сегмента ST у I і II відведеннях вниз, у III відведенні - нагору з переходом у негативний зубець T. У правих грудних відведеннях V1-V2 сегмент ST опущений, зубець T негативний. При масивних легневих емболіях можуть бути високі "легеневі" зубці P-II і P-III. Характерний швидкий зворотний розвиток змін на ЕКГ при відновленні перфузії у зоні інфаркту.

Рентгенологічні ознаки емболії гілок легеневої артерії до розвитку інфаркту легені характеризуються випинанням легеневого конусу, різким розширенням та обрубленістю кореня легені, локальним ослабленням та зникненням судинного малюнку, дисковидними ателектазами, високим стоянням діафрагми на стороні ураження. Ознаки інфаркта легені з'являються через кілька діб - затінення у формі трикутника із зверненою до кореня верхівкою, або затінення у формі смуги, груші чи ракети. Можливе виникнення ознак фібринозного або екссудативного плевриту.

ТРАВМАТИЧНІ ПНЕВМОНІЇ умовно поділяють на ранні, які розвинулись через 5-7 днів після травми, та пізні, що виникають через 15-20 днів.

Закриті травми грудної клітини супроводжуються крововиливами у легеневу тканину й ателектазами внаслідок гідравлічного удару із наступним вторинним утворенням інфаркту у ньому. Основні клінічні прояви пневмонії - кровохаркання, кашель, задишка.

Пневмонії при відкритих пораненнях грудної клітини можуть бути по термінам виникнення як ранніми, так і пізніми, локалізованими на стороні ураження. Клінічні прояви певмоній неспецифічні - кашель з виділенням слизисто-гнійної мокроті, підвищення температури. Об'єктивні ознаки: притуплення перкуторного тону,

ослаблення дихання, звучні вологі хрипи.

Пневмонії у поранених у живіт розвиваються протягом перших діб, мають гострий початок, супроводжуються задишкою, цианозом, болючим кашлем та іншими симптомами, характерними для вогнищевих пневмоній.

Пневмонії у поранених у обличчя чи щелепу розвиваються через 5-7 днів після поранення, по патогенезу й клінічним проявам подібні до великовогнищевих аспіраційних пневмоній.

ПНЕВМОНІЇ У ОПЕЧЕНИХ виникають внаслідок безпосереднього ураження дихальних шляхів повітрям, димом чи паром, тромбозів та крововиливів у дрібних судинах легень, приєднання аутоінфекції. Вже у перші дні після опіку з'являється задишка, охриплість голосу, кашель з виділенням гнійно-некротичних мас. Нерідко спостерігається ареактивний перебіг пневмоній. Прогноз залежить від тяжкості хвороби опечених.

ПІСЛЯІНСУЛЬТНІ ПНЕВМОНІЇ по термінам виникнення поділяються на ранні й пізні. Ранні формуються у перші 2-3 дні після інсульта. Для них характерне двостороннє ураження легень, рідше - у задньобазальних відділах контрлатеральних вогнищу інсульта. Причиною ранніх пневмоній є нейродистрофічні зміни у легенях, зумовлені ураженням вищих центрів вегетативної нервової системи. Дихання у таких хворих гучне, з клетотом, аритмічне, мокрота серозна або серозно-гнійна, температура підвищена. Визначається притуплення перкуторного звуку над вогнищем інфільтрації, жорстке або бронхіальне дихання, дрібнопухирчаті хрипи, здебільшого у задньобазальних відділах.

Пізні післяінсультні пневмонії розвиваються на 2-6 тижні захворювання, по патогенезу й клінічним проявам аналогічні застійним гіпостатичним пневмоніям.

ПРОМЕНЕВІ ПНЕВМОНІЇ, або радіаційні пневмоніти, розвиваються при впливі на легені великих доз іонізуючого випромінювання - при рентгенотерапії раку легень, стравоходу або молочної залози. Якщо сумарна доза опромінення перевищує 3000-4000 рад, підвищується проникність капілярів із транссудацією плазми у просвіт альвеол, розвивається серозно-фібринозний альвеоліт із десквамацією альвеолярного епітелію, відбувається проліферація ендотелію судин із частковою їх обструкцією. Інфекція приєднується вторинно.

Гостра стадія променевої пневмонії характеризується кашлем, задишкою, субфебрилітетом. При важких променевих ураженнях розвивається цианоз, виражена задишка, пропасниця до 40 С. Рентгенологічно визначається підсилення прикореневого й легеневого малюнку. Хронічна стадія променевої пневмонії супроводжується прогресуванням фібринозних змін та серцево-легеневої недостатності.

Лікування.

Алгоритм лікування:

- Лікувальний режим;
- Збалансоване лікувальне харчування;
- Етіотропная терапія (антибактеріальна терапія);
- Патогенетична терапія;
- Симптоматична терапія;
- Боротьба з ускладненнями;
- Фізіотерапія, лікувальна фізкультура;
- Санаторно-курортне лікування;
- Диспансеризація.

Медикаментозне лікування

1. АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ

Лікування гострих пневмоній слід починати якомога раніше, з моменту встановлення діагнозу. Якщо відомий етіологічний діагноз по даним бактеріологічного дослідження мокроти та імунологічного дослідження і антибіотикограма підтверджує чутливість збудника до обраного препарату, проводиться монотерапія цим антибіотиком. Комбінована антибіотикотерапія проводиться тільки при пневмоніях, викликаних грамнегативними мікробами - клебсієлою, синьогнійною паличкою, протеєм.

При виборі препарату враховують тип дії антибіотику - бактеріостатичний або бактерицидний. Бактерицидні препарати призначаються при гострому перебігу захворювання, важкому стані хворого, зниженні імунної реактивності. При комбінованому лікуванні поєднують препарати з бактерицидною дією. Комбінації антибіотиків застосовують для підвищення ефективності лікування у слідуючих випадках:

- 1) відсутність точного етіологічного діагнозу - характер збудника невідомий;
- 2) наявність змішаної флори;
- 3) тяжкий, резистентний до моноантибіотикотерапії перебіг захворювання.

Не поєднуються антибіотики з однаковими побічними діями та препарати з бактеріостатичним та бактерицидним ефектом. Поєднання антибіотиків із сульфаніламидами використовують при пневмоніях, спричинених клебсієлою, синьогнійною паличкою, при змішаних інфекціях. Поєднання антибіотиків із сульфаніламидами, особливо пролонгованої дії, різко збільшує імовірність побічних реакцій, істотно не підвищуючи терапевтичний ефект.

Перехресна резистентність мікроорганізмів спостерігається для слідуючих груп антибіотиків:

- 1) тетрацикліни між собою;
- 2) тетрацикліни та левоміцетіни;
- 3) аміноглікозиди та стрептоміцин;
- 4) еритроміцин, олеандоміцин, лінкоміцин;
- 5) еритроміцин та левоміцетін;
- 6) метицилін та цефалорідін;
- 7) пеніцилін та еритроміцин.

При адекватній етіотропній терапії температура нормалізується протягом 2-3 діб. Лікування антибіотиками продовжують ще на протязі 4-6 діб, до нормалізації лейкограми. Залишкова інфільтрація легень не виключає відміну антибіотиків.

При гострих пневмоніях лікування антибіотиками призначають відразу ж після встановлення діагнозу, до виділення збудника з мокроти або змивів та визначення його чутливості до антибіотиків - емпірична антибактеріальна терапія. У цьому випадку вибір антибіотику проводять по схемі.

Збудниками крупозної пневмонії є пневмококи, рідко - стрептококи та клебсієла. Антибіотиками першої черги при крупозних пневмоніях є бензилпеніцилін, другої черги - еритроміцин, тетрациклін.

Післягрипозні пневмонії найбільш часто зумовлені стафілококами, пневмококами, клебсієлами, рідше - гемофільними паличками, стрептококами. Антибіотики першої черги - оксацилін, диклоксацилін, цефалотін, другої черги - лінкоміцин, доксіциклін.

Збудниками абсцедуючих пневмоній найбільш часто бувають стафілококи, бактероїди, змішана флора, рідше - клебсієла, синьогнійна паличка. Антибіотики першої черги - лінкоміцин, гентаміцин у поєднанні з левоміцетином.

Аспіраційні пневмонії зумовлені бактероїдами, анаеробними бактеріями, рідше - стафілококами, пневмококами. Антибіотики першої черги - ампіокс, другої черги - доксіциклін.

Післяопераційні пневмонії найбільш часто викликані стафілококами, рідше - пневмококами та клебсієлами. Антибіотики першої черги - оксацилін,

діклоксацилін, ампіокс, другої черги - поєднання гентаміцину із ампіциліном або цефалотіном.

Інтерстиціальні пневмонії спричинюються мікоплазмою, більш рідко - збудниками орнітозу або пситакозу. Антибіотики першої черги - доксіциклін, другої черги - левоміцетин, еритроміцин.

Вторинні пневмонії у хворих, що не отримували для лікування первинного захворювання антибіотики, найбільш часто зумовлені стафілококами, клебсієлою, бактероїдами, рідше - кишечною паличкою. Антибіотиками першої черги є ампіокс, доксіциклін, другої черги - бісептол, гентаміцин, ампіцилін у поєднанні з цефалотіном.

Вторинні пневмонії, що розвиваються на фоні антибіотикотерапії, як правило, зумовлені факультативно-патогенними мікроорганізмами - стафілококами, протеєм, клебсієлою. Застосовують гентаміцин у поєднанні із ампіциліном або карбеніцилін із поліміксином В.

Пневмонії у хворих на хронічний бронхіт найбільш часто викликані пневмококами, гемофільними паличками, рідше - стафілококами, стрептококами. Антибіотики першої черги - ампіцилін, кефзол, левоміцетин, бактрим, другої - клафоран, кетотіцеф.

Пневмонії при синдромі набутої імунної недостатності частіше зумовлені пневмоцистами, грибами, іноді - цитомегаловірусами. Антибіотики першої черги - бісептол, другої - клафоран, кетоцеф.

Емпірична антибіотикотерапія проводиться до стійкої нормалізації температури тіла, не менше 10 днів. При тяжкому перебігу захворювання антибіотики призначають до повного розсмоктування інфільтратів у легенях і повної нормалізації самопочуття.

Раціональна антибіотикотерапія проводиться при відомій етіології пневмонії. Найбільш широко у лікуванні гострих пневмоній застосовують пеніциліни й цефалоспорини.

А. Група пеніцилінів.

У класі пеніцилінів виділяють пеніциліназорезистентні препарати (метіцилін, оксацилін, діклоксацилін), стійкі до дії стафілококової пеніцилінази, та препарати широкого спектру дії (ампіцилін, ампіокс, карбеніцилін). Оксацилін та діклоксацилін ефективні при прийомі всередину внаслідок вираженої ліпофільності та кислотостабільності.

МЕТЦИЛЛІН призначають у середніх дозах - 4-8 г/добу через 4-6 годин, внутрішньом'язово чи внутрішньовенно.

ОКСЦИЛЛІН приймають по 4-10 г/добу через 4-6 годин, всередину чи внутрішньом'язово, внутрішньовенно.

ДІКЛОКСАЦИЛЛІН використовують по 2 г/добу кожні 6 годин, всередину чи внутрішньом'язово, внутрішньовенно.

АМПЦИЛЛІН ефективний відносно пневмококів, стрептококів групи А, протею, кишкової та гемофільної палички, ентерококів. Препарат добре поєднується з аміноглікозидами (канаміцином, гентаміцином). Резистентні до ампіциліну пеніциліназоутворюючі стафілококи, бета-лактамазопродукуючі штами протею, ентеробактери. Середні дози: 2-4 г/добу та більше через 6 годин, всередину чи внутрішньом'язово, внутрішньовенно.

АМПІОКС - комбінований препарат, складається з ампіциліну та оксациліну. Ефективний відносно пеніциліназоутворюючих стафілококів, стрептококів, кишкової та гемофільної палички, протею. Часто застосовується при мікробних асоціаціях до отримання результатів антибіотикограми. Середні дози - 2-3 г/добу через 6 годин всередину чи внутрішньовенно, внутрішньом'язово.

КАРБЕНІЦИЛЛІН використовують при деструктивних легеневих процесах, викликаних синьогнійною паличкою, протеєм, кишечною паличкою. Малоефективний щодо грампозитивних збудників, тому комбінується із

пенциліназостійкими пеніцилінами, особливо при лікуванні вторинних пневмоній. Середні дози: 4-8 г/добу через 4-6 годин внутрішньом'язово, чи по 10-20 г/добу внутрішньовенно крапельно через 2-4 години.

БЕНЗИЛПЕНІЦИЛЛІН є антибіотиком вибору при гострих пневмоніях, викликаних не утворюючими пеніциліназу стафілококами (по 5-10 млн Од/добу кожні 4-6 годин внутрішньовенно, після цього внутрішньом'язово), пневмококами та стрептококами (1-2 млн Од/добу кожні 4-6 годин внутрішньом'язово, внутрішньовенно).

Б. Група цефалоспоринів.

Цефалоспорини є препаратами вибору при тяжкому перебігу гострих пневмоній, змішаній мікрофлорі, неможливості визначення характеру збудника. Цефалоспорини першого покоління (цефалотін, цефалоридін) ефективні відносно грампозитивних і грамнегативних кокків, більшості паличок, не мають переваг перед напівсинтетичними пеніцилінами.

ЦЕФАЛОТИН застосовують по 4-6 г/добу через 6 годин внутрішньовенно або внутрішньом'язово.

ЦЕФАЛОРИДІН - по 1-4 г/добу через 8 годин внутрішньовенно чи внутрішньом'язово.

Цефалоспорини слідуючих поколінь мають більш широкий спектр дії та більшу ефективність.

ЦЕФУРОКСИМ (КЕТОЦЕФ) є препаратом вибору для монотерапії тяжких пневмоній із деструкцією легень. Середні дози - 0,75-3 г/добу через 8 годин внутрішньом'язово, внутрішньовенно.

ЦЕФОТАКСИМ (КЛАФОРАН) характеризується ще більшою активністю, застосовується у середніх дозах по 2-4 г/добу кожні 6-12 годин, внутрішньом'язово чи внутрішньовенно.

ЦЕФАЛЕКСИН застосовується по 2-4 г/добу всередину через 6 годин.

ЦЕФАЗОЛІН - по 1,5-2 г/добу через 8-10 годин внутрішньом'язово чи внутрішньовенно.

В. Група аміноглікозидів.

Аміноглікозиди застосовуються для лікування гострих пневмоній, зумовлених грамнегативними паличками - синьогнійною, протеем, або їх асоціаціями із грамнегативними коками.

ГЕНТАМІЦИН призначають по 0,24-0,32 г/добу кожні 8 годин внутрішньом'язово чи внутрішньовенно.

КАНАМІЦИН - по 1,5 г/добу кожні 8 годин внутрішньом'язово.

ПОЛІМІКСИН В - по 1,5-2,5 мг/кг внутрішньовенно або по 50 мг/кг внутрішньом'язово 3 рази на день.

Аміноглікозиди комбінують із напівсинтетичними пеніцилінами або цефалоспоринами.

Г. Група тетрациклінів.

ДОКСИЦИКЛІН найбільш часто використовують для лікування пневмоній, ефективний у відношенні більшості грампозитивних та грамнегативних мікроорганізмів, застосовується по 0,1 г/добу всередину 1 раз на день.

Д. Група макролідів.

Із групи макролідів для лікування гострих пневмоній застосовують еритроміцин, олеандоміцин, лінкоміцин, фузидін.

РІФАМПІЦИН відрізняється широким спектром дії - грамнегативні мікроорганізми, мікобактерії туберкульозу, призначають при полірезистентних (пеніцилінорезистентних, метіцилінорезистентних) штамів стафілококів по 0,45-0,6 г/добу всередину кожні 8-12 годин.

ЛІНКОМІЦИН призначають при гострих пневмоніях, викликаних

грампозитивними мікроорганізмами (стафілококами, стрептококами, пневмококами), стійкими до дії інших антибіотиків. Застосовують по 1,8-2,4 г/добу кожні 8-12 годин внутрішньом'язово чи внутрішньовенно.

ФУЗІДІН використовується при гострих пневмоніях, викликаних полірезистентними стафілококами по 1,5 г/добу всередину кожні 8 годин.

ЕРИТРОМІЦИН призначають для лікування легіонельозної пневмонії та як альтернативний препарат при пневмококових, стрептококових, стафілококових, рикетсіозних пневмоніях. Препарат ефективний щодо кокових мікроорганізмів, середні дози - 1-2 г/добу кожні 8 годин всередину чи внутрішньовенно. Еритроміцин є препаратом вибору при амбулаторному лікуванні гострої пневмонії у осіб молодше 40 років.

ЛЕВОМІЦЕТІН широко використовують для лікування Ку-рикетсіозних пневмоній. При змішаній аеробній та анаеробній мікрофлорі левоміцетин поєднується із пеніцилінами. При анаеробній інфекції дані препарати застосовуються із метронідазолом.

2. СУЛЬФАНІЛАМІДНІ ПРЕПАРАТИ

Сульфаніламідні препарати використовують для лікування вогнищевих пневмоній легких та середньої тяжкості. Особливо широко застосовують пролонговані препарати (сульфамометоксин, сульфадіметоксин, сульфапірідазин) і бісептол (бактрим). Тривалість безперервного курсу становить 7-14 днів, триває до 3-5 днів після усунення основних симптомів захворювання.

Інокли призначають нітроксолін, активний відносно грамнегативних і грампозитивних мікроорганізмів, грибів. Ефективне поєднання нітроксоліну з ністатином та леворином.

При тривалій антибіотикотерапії проводять профілактику кандидозу - призначають леворин, амфотерицин В, всередину або у вигляді інгаляцій.

3. ДЕЗІНТОКСИКАЦІЙНА ТЕРАПІЯ

Застосовується при тяжкому чи ускладненому перебігу гострих певмоній. Використовують внутрішньовенні крапельні трансфузії реополіглюкіну 400-800 мл/добу, гемодезу 200-400 мл/добу. При вираженій дегідратації, явищах судинної недостатності вводять 10% розчин альбуміну, протеїн.

4. ІМУНОТЕРАПІЯ

Використовують при тяжких і деструктивних певмоніях, включає введення одноступінчастої гіперімунної плазми - антистафілококової, антисиньогнійної, антипротейної по 4-5 мл/кг на протязі 10-12 днів. Як неспецифічні імуномодулятори застосовують ФіБС по 1 мл підшкірно 30-35 днів, аутогемотерапію.

5. ПРОТИШОКОВА ТЕРАПІЯ

При наявності показань вводять 60-90 мг преднізолону або 100-250 мг гідрокортизону у 200-400 мл ізотонічного розчину хлориду натрію, 1-2 мл кордіаміну. При кардіальній недостатності вводять серцеві глікозиди - 0,5 мл 0,06% корглюкона або 0,05% строфантину внутрішньовенно.

6. ПРОФІЛАКТИКА ДВЗ-СИНДРОМУ

Проводиться при кровохарканні, наростаючій тромбоцитопенії, гіперфібриногенемії, полягає у призначенні гепарину по 40 000-60 000 Од/добу і антиагрегантів - дипіридамола по 25 мг 3 рази на день, ксантинолу нікотинат по 150 мг 3 рази на день, пентоксіфілін по 200 мг 3 рази на день всередину чи 100 мг внутрішньовенно крапельно 2 рази на день. Призначається ацетілсаліцилова кислота по 250-500 мг/добу, індометацин по 250 мг тричі на день. При кровохарканні або легеневій кровотечі додатково вводять 1 мл 1% морфіну.

7. ПРОТИКАШЛЬОВІ ПРЕПАРАТИ

Призначають при сухому, непродуктивному, виснажливому кашлі - глауцин по 50 мг, лібексин по 100 мг, тусупрекс по 20 мг 3-4 рази на добу.

8. БРОНХОЛІТИКИ

Препарати усувають реактивний бронхоспазм, зменшують запальний набряк слизової оболонки бронхів, мають виражену відхаркувальну дію.

ЕУФІЛЛІН застосовується по 5-10 мл 2,4% розчину внутрішньовенно.

Інгаляції аерозолів (сальбутамол, беротек, атровент, беродуал) або солутану по 10-30 крапель призначають 2-3 рази на день.

9. МУКОЛІТИКИ

Застосовують для розрідження мокроти, призначають всередину або інгаляційно - мукосольвін, бромгексин, трипсин, хімотрипсин, хімопсин, рибонуклеаза, дезоксирибонуклеаза. З перших днів захворювання застосовують інгаляції гідрокарбонату та хлориду натрію, ефірних масел.

10. АНАБОЛІЧНІ ПРЕПАРАТИ

Призначають при виснаженні, гнійній інтоксикації, деструктивних процесах: неробол по 5 мг 2 рази на день 4-8 тижнів; ретаболіл по 1 мл 1 раз на день на 7-10 днів; метилурацил по 1,0 г 3-4 рази на день на протязі 14 днів. При затяжному перебігу гострої пневмонії призначають преднізолон по 40-80 мг на 5-10 днів.

В період ремісії захворювання використовуються фітопрепарати імуномодулюючої дії, які підвищують захисні сили організму. Призначається лікувальна фізкультура, водні процедури. Реабілітаційні заходи проводяться також у санаторно-курортних умовах.

Контроль початкового рівня знань

1. Якщо за пневмонії патологічний процес локалізується в паренхимі легені, то:

- A. кашель буде сухим, періодичним
- B. кашель буде вологим, періодичним
- C. кашель буде відсутнім
- D. кашель буде посилюватись в горизонтальному положенні
- E. кашель буде з домішками крові

2. Кашель може виникати при:

- A. роздратуванні рецепторів плеври
- B. роздратуванні рецепторів дихальних шляхів
- C. роздратуванні п. Vagus внаслідок пухлини середостіння, аневризми аорти
- D. при всіх вищеперерахованих патологічних станах
- C. ні при одному із вищеперерахованих патологічних станів.

3. Кашель за пневмонії не може бути пов'язаний з:

- A. ураженням плеври
- B. ураженням сегментарних бронхів
- C. роздратуванням рефлексогенних зон, розташованих в реберно-діафрагмальних синусах
- D. накопиченням харкотиння в крупних бронхах
- C. ні з однією з вищенаведених причин.

4. Причиною появи крові в харкотинні може бути:

- A. дольова пневмонія
- B. вірусне ураження слизової трахео-бронхіального дерева
- C. мітральний стеноз
- D. бронхоектатична хвороба
- C. всі вищеперераховані патологічні стани.

5. Причиною появи крові в харкотинні при пневмонії може бути:

- A. застій в венах бронхіального дерева (пропотівання формених елементів в просвіт бронха)
- B. деструкція легеневої тканини з подальшим руйнуванням венозно, і артеріальної стінки
- C. втягування в патологічний процес плевральних листків
- D. всі вищенаведені причини
- E. ні одна з вищенаведених причин

6. Причиною кашлю з кровохарканням, що супроводжується задишкою, може бути:

- A. дольова пневмонія
- B. серцева лівошлуночкова недостатність
- C. тромбоемболія легеневої артерії
- D. всі вищеперераховані причини
- E. ні одна з вищенаведених причин

7. Задишка при пневмонії може бути обумовлена:

- A. великою площею ураження легеневої тканини
- B. інтоксикаційним синдромом
- C. ураженням плевральних листків
- D. розповсюдженим набряком слизової бронхіального дерева та гіперсекрецією слизу

Е. всіма вищенаведеними причинами.

8. Біль в грудній клітці при пневмонії обумовлена:

- А. втягненням в патологічний процес плевральних листків
- В. обструкцією бронхіального дерева
- С. підвищенням тиску в малому колі кровообігу внаслідок частого кашлю
- Д. гіпоксією дихальних м'язів
- Е. всіма вищенаведеними причинами.

9. Найчастішими причинами виникнення болю в грудній клітці може бути:

- А. плевропневмонія
- В. спонтанний пневмоторакс
- С. міжреберна невралгія, міозит
- Д. тромбоемболія легеневої артерії
- Е. всі вищенаведені причини.

10. Якщо внутрішньоальвеолярна інфільтрація легеневої тканини локалізована в прикорневій зоні, то при перкусії грудної клітки буде:

- А. ясний легеневий звук
- В. тупий перкуторний звук
- С. тимпанічний перкуторний звук
- Д. притуплений перкуторний звук
- Е. ясний легеневий звук з тимпанічним відтінком

11. Яке з нищенаведених змін дихання при аускультатії легенів найбільш характерне для вогнищевої пневмонії?

- А. жорстке везикулярне дихання
- В. ослаблене везикулярне дихання
- С. бронхіальне дихання
- Д. амфоричне дихання
- Е. жорстке везикулярне дихання з подовженим видихом

12. Крепітація на відміну від дрібнопухирчастих хрипів:

- А. вислуховується лише на висоті вдиху
- В. вислуховується лише на видиху
- С. вислуховується на видиху і на вдиху, переміщується при покашлюванні
- Д. зникає при покашлюванні
- Е. посилюється при натискуванні фонендоскопом на грудну стіну.

Еталони відповідей:

- | | |
|---------|-------|
| 1. С | 7. Е |
| 2. D | 8. А |
| 3. В | 9. Е |
| 4. Е | 10. А |
| 5. А, В | 11. В |
| 6. D | 12. А |

Контроль кінцевого рівня знань

1. Згідно сучасної класифікації розрізняють наступні рубрики пневмонії:

- А. гостра бактеріальна пневмонія

- B. гостра вірусно-бактеріальна пневмонія
- C. хронічна пневмонія
- D. приведена рубрикація пневмоній не використовується
- E. використовуються всі наведені рубрики пневмоній

2. Згідно сучасної класифікації розрізняють слідуючі види пневмонії:

- A. позалікарняна пневмонія
- B. госпітальна пневмонія
- C. аспіраційна пневмонія
- D. пневмонія у осіб з важкими дефектами імунітету
- E. все вищенаведене вірно

3. Найбільш поширеним збудником позалікарняної пневмонії є:

- A. *Str. pneumoniae*
- B. *Haemophilus influenzae*
- C. *Mycoplasma pneumoniae*
- D. *Moraxella catarrhalis*
- E. *Chlamydia pneumoniae*

4. У осіб, що страждають на хронічний бронхіт та палять, найвірогіднішим збудником пневмонії є:

- A. *Pseudomonas aeruginosa*
- B. *Haemophilus influenzae*
- C. *E. coli*
- D. *Mycoplasma pneumoniae*
- E. *Chlamydia pneumoniae*

5. Найменш актуальними збудниками позалікарняної пневмонії є:

- A. *Legionella* spp.
- B. *Staphylococcus aureus*
- C. *E. coli*
- D. *Klebsiella pneumoniae*
- E. всі вищеперераховані

6. Яке з вищенаведених визначень пневмонії є правильним:

- A. пневмонія - гостре інфекційне захворювання бактеріальної етіології, за якого аускультативно визначаються вологі хрипи, крепітація
- B. пневмонія - запальне захворювання респіраторних відділів легень будь-якого походження, що підтверджене рентгенологічно
- C. пневмонія - гостре інфекційне захворювання, переважно бактеріальної етіології, яке характеризується вогнищевим ураженням респіраторних відділів легень та рентгенологічно підтвердженою наявністю внутрішньоальвеолярної ексудації
- D. все вищеперераховане може вважатись вірним
- E. все вищеперераховане не вірно

7. Яка з наведених нижче об'єктивних ознак є найбільш інформативною для встановлення діагнозу пневмонія?

- A. притуплений перкуторний звук
- B. дзвінки вологі дрібнопухирчаті хрипи
- C. крепітація
- D. високі показники лейкоцитозу, ШОЕ на тлі кашлю та інтоксикаційного синдрому

Е. рентгенологічно встановлена наявність внутрішньоальвеолярної інфільтрації

8. Основними показниками, що лежать в основі поділу хворих на позалікарняну пневмонію на категорії, є:

- А. вік хворого
- В. наявність супутніх хронічних захворювань
- С. звичка паління
- Д. все вищеназване у сукупності
- Е. виділений збудник (грампозитивний, грамнегативний, атиповий, інші)

9. За наявністю якої кількості лейкоцитів та епітеліальних клітин у полі зору слід стверджувати, що подальше дослідження харкотиння не доцільне, бо матеріал, що вивчається, є вмістом ротової порожнини?

- А. лейкоцитів 10 - 15, епіт. клітин більше 10-20
- В. лейкоцитів 30 - 50, епіт. клітин 5 - 8
- С. лейкоцитів 50 - 70, епіт. клітин 5 - 7
- Д. всі вищенаведені результати можуть досліджуватись
- Е. всі вищенаведені результати досліджувати не доцільно

10. Якими критеріями керуватись за вирішення питання про госпіталізацію хворого у стаціонар?

- А. попереднє амбулаторне лікування не ефективне
- В. наявність у хворого супутніх хронічних захворювань
- С. вік старше 50 років
- Д. всі вищенаведені критерії у сумі дають право госпіталізувати хворого
- Е. вищенаведених критеріїв не достатньо для вирішення питання

11. Який з нижченаведених критеріїв є показником для госпіталізації пацієнта у стаціонар?

- А. порушення свідомості
- В. нестабільна геодинаміка
- С. тахіпное, гіпотермія
- Д. будь-який з вищенаведених
- Е. лише за сумації всіх вищенаведених показників

12. До якої категорії позалікарняної пневмонії Ви віднесете хворого віком 45 років, що не має супутніх хронічних захворювань, не палить, а перебіг захворювання у нього не важкий?

- А. I категорія
- В. II категорія
- С. III категорія
- Д. IV категорія
- Е. V категорія

13. Найвірогіднішим збудником позалікарняної пневмонії у хворого 50 років без супутньої патології, що не палить, з неважким перебігом захворювання є:

- А. Str. pneumoniae
- В. Ch. pneumoniae
- С. Staphylococcus aureus
- Д. грамнегативні аероби
- Е. полімікробні асоціації

Еталони відповідей:

- | | |
|------|-------|
| 1. D | 7. E |
| 2. E | 8. D |
| 3. A | 9. A |
| 4. B | 10. D |
| 5. C | 11. D |
| 6. C | 12. A |
| | 13. A |

Ситуаційні завдання

1. Хворий, 65 років, що на протязі 15 років страждає хронічним бронхітом, після переохолодження захворів пневмонією, перебіг її не важкий. До якої категорії захворювання слід віднести пневмонію, що має місце у даного пацієнта?

- A. перша категорія
- B. друга категорія
- C. третя категорія
- D. четверта категорія
- C. п'ята категорія

2. Хворий 65 років, що на протязі 15 років страждає хронічним бронхітом, після охолодження захворів пневмонією, перебіг "мне важкий. Які з нижчеперерахованих збудників є найвірогіднішою причиною пневмонії у даного пацієнта?

- A. Str. pneumoniae
- B. Haemophilus influenza
- C. Pseudomonas aeruginosa
- D. Всі вище перераховані
- E. Ні один з вищеперерахованих

3. Хворому встановлена III категорія важкості позалікарняної пневмонії, із якої групи антибіотик буде найоптимальнішим:

- A. цефалоспорины III покоління
- B. аміноглікозиди
- C. захищених бета-лактамів + макролідів
- D. всі вищеперераховані ефективні в однаковій мірі
- E. всі вищеперераховані не є препаратами вибору в даній клінічній ситуації.

4. Хворий знаходиться в стаціонарі з важким перебігом позалікарняної пневмонії, у нього має місце перехрестна резистентність до захищених амінопеніцилінів та макролідів, алергія до цефалоспоринов. Препарати якої групи найбільш раціонально призначити в цій клінічній ситуації?

- A. аміноглікозиди
- B. лінкозаміди
- C. "класичні" фторхінолони (ципринол)
- D. перераховані групи антибіотиків неефективні
- E. перераховані групи антибіотиків ефективні в однаковій мірі

5. Найвірогіднішим збудником, що призвів до виникнення дольової плевропневмонії, що дебютувала високою температурою тіла, появою крові у харкотинні, вираженим інтоксикаційним синдромом є:

- A. Str. pneumoniae
- B. Haemophilus influenzae
- C. Mycoplasma pneumoniae

- D. *Mor. cataralis*
- E. ні одним з перерахованих збудників

6. Хворому 28 років на основі клінічних, рентгенологічних даних встановлена позалікарняна пневмонія. Пацієнт проживає в гуртожитку, захворювання дебютувало фарингітом, були збільшені лімфатичні вузли, спостерігалась гепато та сплено мегалія. Який збудник найвірогідніше всього викликав захворювання?

- A. *Str. pneumoniae*
- B. грамнегативні палички
- C. *Mycoplasma pneumoniae*
- D. ні один з вище названих збудників
- E. кожен з вище названих збудників може призвести до такої патології.

7. Хворому 42 років на основі клінічних, рентгенологічних даних встановлено позалікарняна пневмонія. Перед захворюванням пацієнт тривалий час проживав в готелях з кондиціонерами, перебував в аеропортах. Крім респіраторних скарг вказував на болі в суглобах, м'язах, діарею. Який збудник найвірогідніше всього призвів до захворювання?

- A. *Str. pneumoniae*
- B. *Haemophilus influenzae*
- C. *Legionella pneumoniae*
- D. ні один з вище названих збудників
- E. кожен з вище названих збудників може призвести до такої клінічної картини

8. У хворого 30 років діагностована позалікарняна пневмонія викликана *Mycoplasma pneumoniae*. Антибактеріальні препарати якої групи найбільш доцільно призначити?

- A. напівсинтетичні амінопеніциліни
- B. захищені амінопеніциліни
- C. аміноглікозиди
- D. макроліти
- E. цефалоспорини II покоління

9. У хворого 38 років на тлі негоспітальної пневмонії I категорії має місце загострення виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, яким найбільш оптимальним "стартовим" антибіотиком буде:

- A. цефазолін
- B. гентаміцин
- C. кларитроміцин (фромлід)
- D. цефуроксим
- E. пеніцилін

10. У хворого 50 років який раніше неодноразово приймав антибактеріальні препарати і має супутній цукровий діабет, через 72 години після госпіталізації до стаціонару діагностована пневмонія. Які найвірогідніші збудники захворювання можуть бути:

- A. *Str. pneumoniae*
- B. *Haemophilus influenzae*
- C. *Mycoplasma pneumoniae*
- D. кожен з вище названих збудників
- E. ні один з вище названих збудників

Еталони відповідей:

- | | |
|---------|-------|
| 1. В | 6. С |
| 2. А, В | 7. С |
| 3. А, С | 8. D |
| 4. С | 9. С |
| 5. А | 10. Е |

Контрольні питання.

1. Дати визначення пневмонії.
2. Основні клінічні синдроми пневмонії.
3. Назвати методи діагностики пневмонії.
4. Назвати ускладнення пневмонії.
5. Клінічні прояви та діагностика ускладнень пневмонії.
6. Принципи лікування пневмонії
7. Спосіб життя та дієтотерапія при пневмонії.
8. Медикаментозна терапія при пневмонії
9. Профілактика пневмонії

Практичні завдання.

1. Провести курацію хворих з пневмонією.
2. Дати інтерпретацію отриманим лабораторним методам дослідження.
3. Дати інтерпретацію отриманим інструментальним методам дослідження.
4. Виписати рецепти щодо лікування пневмонії.

Протокол клінічного розбору хворого (єдина форма)

П.І.П пацієнта _____
Вік _____ **професія** _____

Скарги хворого _____

Anamnesis morbi
Вважає себе хворим з _____, коли вперше з'явились _____

Останнє загострення з _____

Anamnesis morbi

Результати фізикального обстеження хворого:

Попередній діагноз:

План обстеження:

Результати додаткових методів дослідження:

Обґрунтування клінічного діагнозу:

Клінічний діагноз:

Основне

захворювання _____

Супутнє захворювання

Ускладнення

Лікування:

1. Режим _____
2. Дієта _____
3. _____
4. _____
5. _____

Матеріали, які необхідні для самопідготовки

1. В.Г.Передерій, С.М.Ткач. Клінічні лекції з внутрішніх хвороб в 2-х томах. Київ, Манускрипт, 1998.
2. Ш.М.Ганджа, В.М.Коваленко, Н.М.Шуба та ін. Внутрішні хвороби. К.: Здоров'я, 2002. – 992 с.
3. Н.І.Швець, А.В.Пидаєв, Т.М.Бенца та ін. Еталони практичних навиків з терапії. Київ, Главмеддрук, 2005, 540 с.
4. Н.И.Швец, А.В.Пидаев, Т.М.Бенца и др. Неотложные состояния в клинике внутренней медицины. Киев, 2006. – 752 стр.
5. В.Н. Хворостинка, Н.И. Яблучанский, С.Н. Панчук, Л.М. Пасиешвили. Клиническая гастроэтерология. Харьков, Основа, 368 с.