

ПНЕВМОНИЯ

Пневмония — острое инфекционное воспаление лёгочной паренхимы, диагностируемое на основании характерных клинических и рентгенографических признаков.

Ежегодно в Российской Федерации пневмонию переносят не менее 1,5 млн человек [77].

Несмотря на значительные достижения в изучении пневмонии и расширение спектра лабораторной диагностики, уровень правильной постановки диагноза остается недостаточным. Частота гипердиагностики колеблется от 16 до 55%, гиподиагностики — от 2,2 до 30,5%. Наиболее часты ошибки в поликлиниках, где диагноз «пневмония» в первые три дня болезни ставят только 35% заболевших [38, 39, 77, 75].

Серьёзные затруднения вызывает дифференциальная диагностика пневмонии с туберкулёзом лёгких, первичным раком, эндобронхиальными метастазами, аденомой бронха, лимфомой, инфарктом лёгкого, волчаночным пневмонитом, идиопатическим лёгочным фиброзом, эозинофильным инфильтратом, застойной сердечной недостаточностью (ЗСН), лекарственной (токсической) пневмопатией, аспирацией инородного тела, саркоидозом лёгких, округлым ателектазом, респираторным дистресс-синдромом и другими заболеваниями.

Накопление знаний о пневмонии сопровождается изменениями и дополнениями различных её классификаций. В рамках Европейского Общества пульмонологов и Американского Торакального общества в последние годы рекомендована следующая международная клиническая классификация пневмонии.

1. По форме:

- а) внебольничная (первичная, домашняя);
- б) госпитальная (вторичная, нозокомиальная), в том числе аспирационная;

- в) атипичная (вызванная микоплазмой, хламидиями, легионеллой);
 - г) у больных с иммунодефицитными состояниями.
2. По распространённости и характеру поражения лёгочной ткани:
- а) очаговая (бронхопневмония);
 - б) долевая (крупозная пневмония, плевропневмония) — чаще пневмококковая;
 - в) сегментарная, полисегментарная;
 - г) интерстициальная.
3. По осложнениям:
- а) неосложнённая;
 - б) осложнённая:
 - деструкция лёгких;
 - выпотной плеврит;
 - эмпиема плевры;
 - инфекционно-токсический шок;
 - другие.
4. По течению:
- а) остroteкущая;
 - б) затяжная.

Наиболее принципиально деление пневмоний на *внебольничные* (около 80% всех случаев) и *госпитальные* (нозокомиальные). Госпитальными считают пневмонии, развившиеся через 2 суток и позднее после госпитализации. Вместе с тем у пациентов, находящихся в стационаре, может возникнуть и обычная (интеркуррентная) пневмония.

Внебольничные и госпитальные пневмонии заметно различаются по этиологии, клинической картине и исходам. При отсутствии лечения или назначении неэффективных антибиотиков смертность среди больных внебольничными пневмониями составляет 16–30%, а при госпитальных может достигать 50% и более.

Распространённость госпитальных пневмоний прямо пропорциональна степени обсеменённости условно патогенными бактериями в том или ином отделении стационара. Именно условно патогенные микроорганизмы являются ведущими возбудителями госпитальных пневмоний. Этиологическими факторами госпитальных пневмоний выступают *Ps. aeruginosa*, *Enterobacteriaceae* (*Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp., *E. coli*, *Serratia* spp., *Proteus* spp.), *S. aureus*, а также *H. influenzae*, *Acinetobacter* spp., *L. pneumophila*, вирусы и другие микроорганизмы. При внебольничных пневмониях возбудителями часто являются *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. pneumoniae*, *M. catarrhalis*, реже — *K. pneumoniae* (палочка Фридлендера), *C. psittaci*.

В большинстве случаев госпитальные пневмонии вторичны по отношению к основному заболеванию и патогенетически обусловлены аспирацией, нарушением вентиляции и дренажной функции бронхов, болевым синдромом, иммуносупрессией. Госпитальные пневмонии часто наблюдают у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, черепно-мозговыми травмами, в послеоперационном периоде, у тяжёлых больных, длительно пребывающих в лежачем положении, при искусственной вентиляции лёгких, опухолях и гемобластозах.

Этиологическая «расшифровка» пневмонии и оценка чувствительности микробной флоры к антибиотикам путём посева мокроты на питательные среды

Рис. 3

Больной, 10 лет.
Двусторонняя
нижнедолевая
деструктивная пневмония
стафилококковой
этиологии. На
рентгенограмме лёгких
с обеих сторон в нижних
долях определяются
инфильтративные
тени с нечёткими
наружными контурами и
отдельными очаговыми
просветлениями
различной величины и
формы. Справа — полость
деструкции размером
4×5 см. В процесс
вовлечена костальная
плевра.



Рис. 4

Больной, 65 лет.
Внебольничная
правосторонняя тотальная
пневмония, осложнённая
парапневмоническим
плевритом.
На рентгенограмме
справа от II ребра
вниз до диафрагмы —
инфильтративная
негомогенная
интенсивная тень с
нечёткими контурами.
Над диафрагмой справа
костодиафрагмальный
синус не определяется,
что указывает на наличие
плеврального выпота.
Слева — викарная
эмфизема.



Рис. 5

Тот же больной, что и на рис. 4. Рентгенограмма в динамике: через 19 суток — значительное рассасывание очагово-инфильтративных изменений с остаточными явлениями в виде пневмофиброза.



Рис. 6

Больной, 53 года. Злоупотребляет алкоголем. Клинико-рентгенологически установлена внебольничная двусторонняя тотальная пневмония с деструкцией. С обеих сторон от II ребра вниз до диафрагмы — интенсивная негетогенная тень с нечёткими наружными контурами. Справа — полость деструкции неправильной формы размером 5,5×3,6 см с довольно чёткими внутренними контурами.



Рис. 7

Больной, возраст 3 месяца. Стафилококковая деструктивная пневмония. Справа в верхней доле — полость деструкции размером 3×4 см с ровными внутренними контурами. Слева в верхней доле — инфильтративный воспалительный процесс. Диагноз подтверждён на секции.

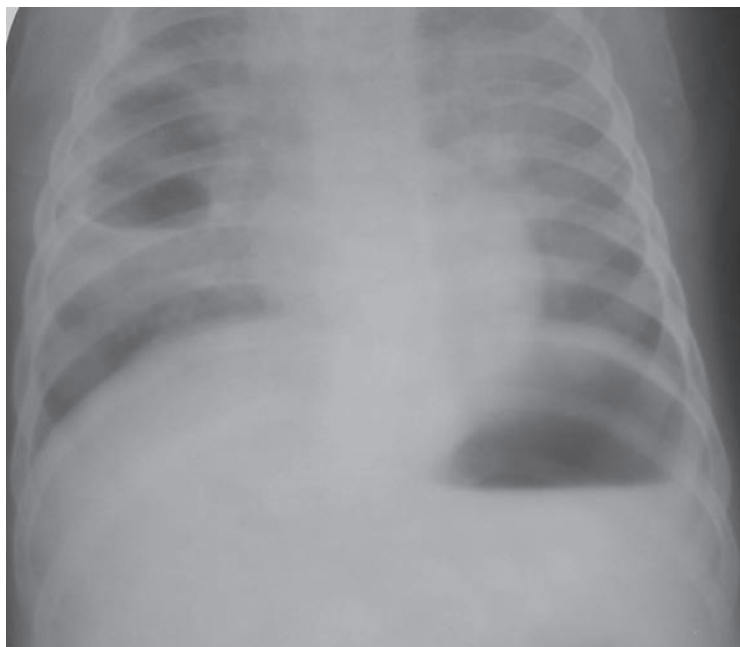


Рис. 8

Больной, 22 года. В противотуберкулёзном диспансере, куда пациент был направлен из поликлиники с диагнозом «туберкулёз лёгких», диагноз был уточнён: установлена правосторонняя нижнедолевая лобарная пневмония. На рентгенограмме справа в нижней доле — интенсивная гомогенная тень с чёткой верхней границей. Очаги бронхогенного засева отсутствуют, что для специфического процесса нехарактерно.

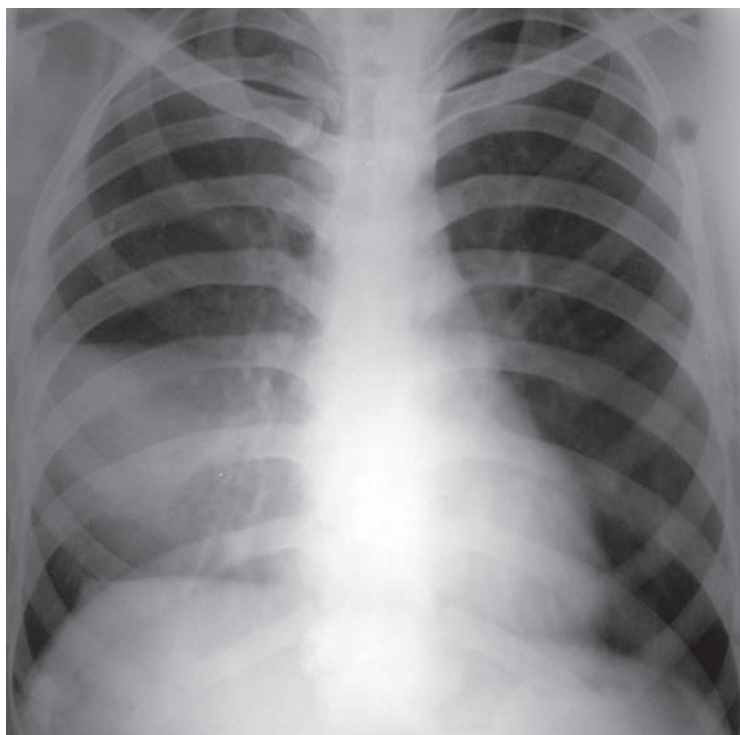


Рис. 9

Больная, 20 лет.
Употребляет наркотики.
При поступлении в
стационар — клинико-
рентгенологическая
картина левосторонней
нижнедолевой лобарной
пневмонии затяжного
течения. На снимке
слева в нижней доле —
интенсивная гомогенное
затенение с поражением
костодиафрагмальной
плевры.



Рис. 10

Та же больная, что и на
рис. 9. Через 3 недели
после начала лечения
наступило значительное
клиническое улучшение.
На рентгенограмме
сохраняются признаки
выраженных остаточных
плевро-фиброзных
изменений, которые
требуют дальнейшего
наблюдения в условиях
поликлиники.

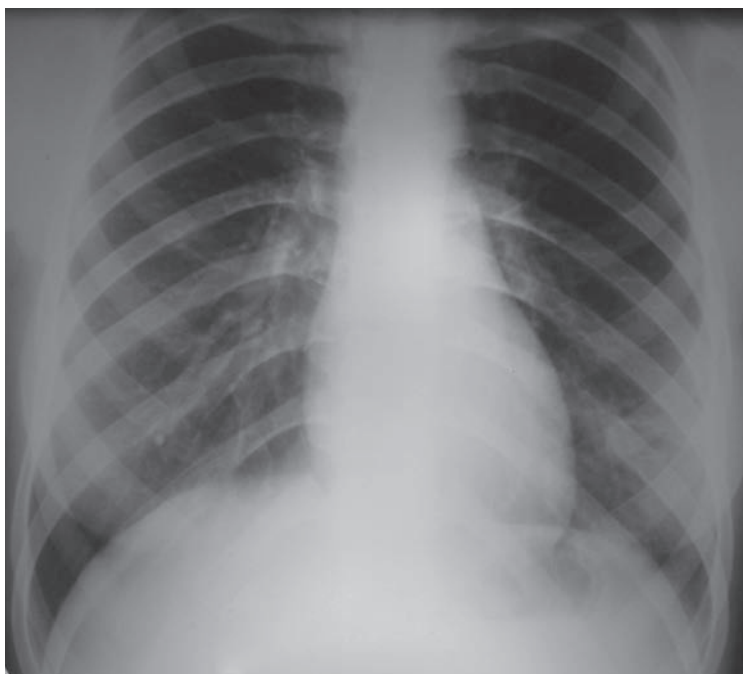


Рис. 11

Больной, 29 лет.
На рентгенограмме в S_3 —
интенсивное гомогенное
затенение, связанное с
корнем и относительно
чёткими наружными
границами. С учётом
локализации и характера
тени потребовалось
проведение
дифференциальной
диагностики с
бластоматозным
процессом. Однако
после комплексного
неспецифического
антибактериального
лечения в стационаре
в течение 3 недель
наступило выздоровление.
Клинический диагноз
«левосторонняя
верхнедолевая
пневмония».

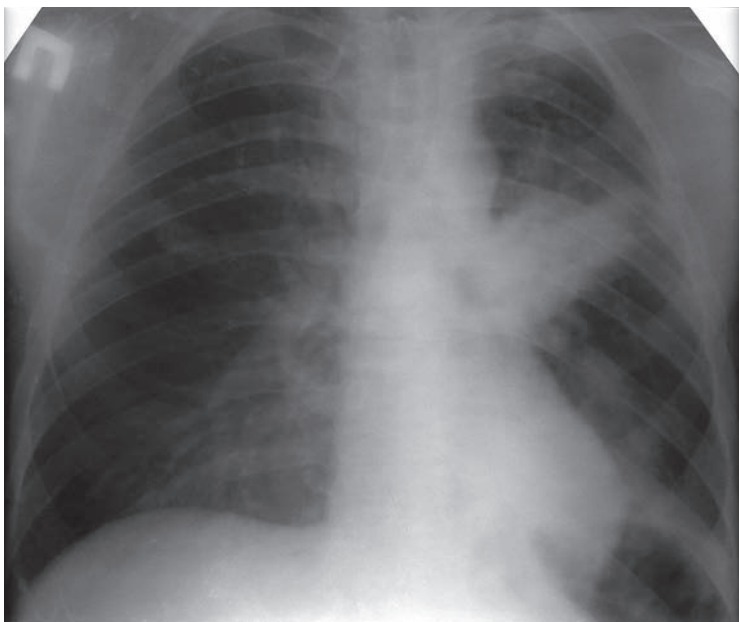
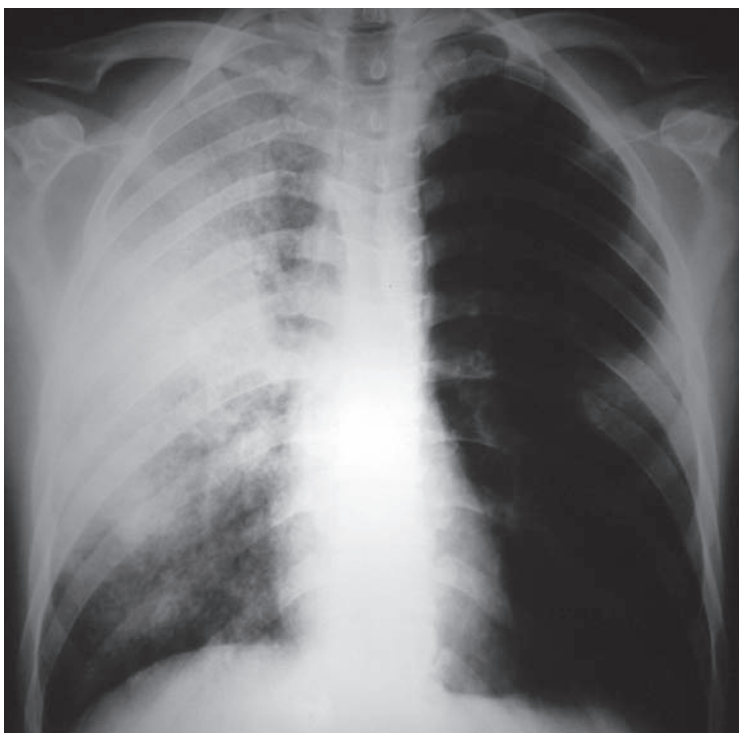


Рис. 12

Больной, 22 года.
ВИЧ (+), анти-HCV (+),
RW (+). Клинико-
рентгенологически
диагностирована
внебольничная
правосторонняя тотальная
пневмония. Справа —
интенсивное гомогенное
затенение практически
всего правого лёгкого
с поражением плевры.
Слева — викарная
эмфизема.



требует немало времени. Однако применять антибиотики следует сразу после установления наличия пневмонии. В связи с этим в амбулаторных условиях определение микрофлоры не является обязательным. С другой стороны, многие авторы предпринимали попытки выявления корреляции между клиническими особенностями течения пневмонии и видом микроба-возбудителя, что в известной степени не лишено оснований.

К сожалению, патоморфоз пневмонии, появление малосимптомных форм заболевания, отсутствие типичных клинических проявлений более чем у 30% больных, широкое и далеко не всегда рациональное применение антибиотиков, распространение самолечения, а также индивидуальные особенности реактивности макроорганизма ограничивают возможности достоверной оценки характера микробной флоры у конкретного пациента на основании симптоматики.

Клиническая картина острой пневмонии представлена бронхолёгочными и внелёгочными симптомами, разнообразие и сочетание которых зависит от особенностей возбудителей и в большей степени — от состояния макроорганизма. Как правило, больные жалуются на кашель, отделение мокроты (слизистой, слизисто-гнойной, реже — кровянистой), одышку, боль в грудной клетке, изменяющуюся при дыхании.

При физикальном обследовании над поражённым участком лёгкого определяют усиление голосового дрожания и бронхофонии, укорочение перкуторного тона, ослабленное дыхание (при большом объёме инфильтрации — бронхиальное дыхание), фокус звучных мелкопузырчатых хрипов или крепитацию, иногда — шум трения плевры. В стадии разрешения над фокусом воспаления выслушиваются жёсткое дыхание, влажные разнокалиберные, преимущественно среднепузырчатые хрипы.

К внелёгочным проявлениям (выраженность которых в большинстве случаев коррелирует с тяжестью пневмонии) относят симптомы интоксикации и воспаления: общую слабость, тахикардию, миалгию, спутанность сознания, менингизм, артериальную гипотензию, озноб, лихорадку, изменения показателей периферической крови (увеличение СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз, реже — лейкопению). Характерно повышение концентраций С-реактивного белка, фибриногена, α_2 - и γ -глобулинов.

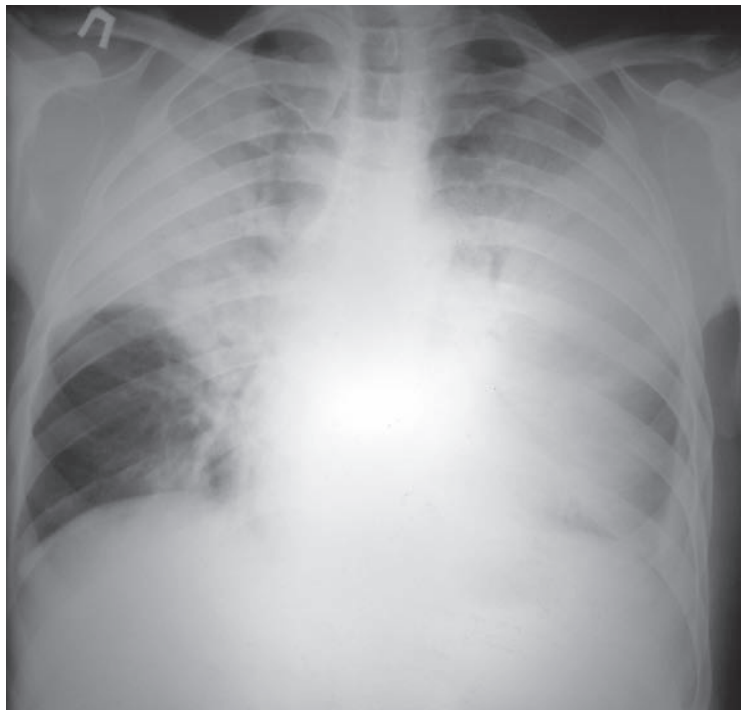
Рентгенография грудной клетки у больного пневмонией всегда предполагает обнаружение очагово-инфильтративных изменений в лёгочной паренхиме. Распространённость инфильтрации, наличие или отсутствие плеврального выпота, полости деструкции часто соответствуют степени тяжести заболевания [77]. При абсцедирующей пневмонии на рентгенограммах преимущественно определяется двусторонняя инфильтрация очагово-сливного характера средней интенсивности с наличием кольцевидных, округлых теней за счёт полостей распада. Течение абсцедирующей пневмонии часто осложняется экссудативным плевритом [23].

Рентгенография позволяет уточнить характер и степень поражения лёгочной ткани, диагностировать многие осложнения, оценить динамику патологического процесса и полноту выздоровления (рис. 3–13).

Рентгенологическая картина в известной мере обусловлена характером возбудителя. При пневмококковой очаговой пневмонии наблюдается затенение па-

Рис. 13

Больной, 32 года.
ВИЧ (+), анти-HCV (+),
RW (+). Внебольничная
двусторонняя пневмония.
На рентгенограмме —
тотальное левостороннее
интенсивное затенение
с незначительным
просветлением в проекции
верхушки лёгкого.
Справа — интенсивное
гомогенное затенение
верхней доли с вогнутой
чёткой нижней границей.
Диагноз подтверждён на
секции.



ренхимы лёгкого в виде фокусов различных размеров — от мелкой диссеминации до 3–4 см, средней интенсивности, без чётких контуров. Симптом воздушной бронхографии отсутствует. Стафилококковая пневмония характеризуется наличием инфильтратов и полостей деструкции. *K. pneumoniae* часто приводит к поражению всей доли лёгкого, которая сильно увеличивается в размерах. Через 2 суток после начала заболевания могут появиться полости распада, которые иногда осложняются пиопневмотораксом. В последнем случае всё, что происходит в паренхиме лёгкого, будет закрыто плевральным выпотом. Небольшие очаговоподобные тени на фоне усиленного лёгочного рисунка часто наблюдаются у больных микоплазменной пневмонией [67].

Таким образом, рентгенография органов грудной клетки (ОГК) позволяет объективно оценить характер и распространённость пневмонии. Однако следует помнить, что абсолютной чувствительностью в визуализации очагово-инфильтративных изменений в лёгких рентгенография не обладает. В трудных случаях диагностики показана компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки. КТ следует выполнять при поражении верхних долей лёгких, лимфатических узлов средостения, при уменьшении объёма доли, подозрении на абсцедирование, онкопатологию, туберкулёз, а также при неэффективности «адекватной» антибактериальной терапии.

По мнению Чучалина А.Г. и соавт. (2006), КТ также целесообразна, если:
а) у больного с очевидной клинической симптоматикой пневмонии измене-

ния на рентгенограмме отсутствуют; б) при рентгенологическом исследовании больного с предполагаемой пневмонией выявлены нетипичные для данного заболевания изменения (обтурационный ателектаз, признаки инфаркта лёгкого); в) при рецидивирующей пневмонии в той же доле (сегменте), что и в предыдущем эпизоде заболевания, или при затяжной пневмонии длительность существования инфильтрата превышает 4 недели.