

Пневмония – острое заболевание нижних дыхательных путей, при котором поражается ткань легкого, а альвеолярное пространство, в норме заполненное воздухом, заполняется воспалительной жидкостью. Пневмония вызывается патогенной респираторной инфекцией, может быть первичным заболеванием или осложнением другого заболевания.

Причины

Наиболее частой причиной пневмонии является заражение бактериями или вирусами, хотя заболевание могут вызывать другие микроорганизмы: простейшие, грибы, микобактерии. Кроме того пневмония может быть вызвана попаданием в дыхательные пути содержимого желудка и некоторыми другими причинами.

Если пневмония возникла не в стационаре (и не в течение 48 часов после поступления в стационар), она считается внебольничной, а если в стационаре – внутрибольничной.

Это разделение важно, так как вызываются такие пневмонии разными видами микроорганизмов, и требуют различного подхода к антибиотикотерапии.

Наиболее распространенными источниками внебольничной пневмонии являются следующие возбудители (в порядке убывания частоты): пневмококк (*S. pneumoniae*), микопlasма (*M. pneumoniae*), гемофильная палочка (*H. influenzae*), хламидийная инфекция (*C. pneumoniae*) и респираторные вирусы.

Это важно знать для подбора антибиотика для эмпирической терапии, так как в большинстве случаев мы не можем выделить возбудителя из мокроты, или его определение займет слишком много времени, чтобы оттягивать начало терапии. Основные способы специфической профилактики бактериальных пневмоний – вакцинация против пневмококка и гемофильной инфекции.

Симптомы

Пневмония может проявляться следующими симптомами:

- Кашель, чаще с мокротой (но иногда кашля может не быть, или он совсем небольшой);
- Лихорадка (обычно больше 38 ° C), реже – гипотермия менее 35 °;
- Увеличение частоты дыхания более 18 дыхательных движений в минуту и одышка;
- Тахикардия (> 100 ударов в минуту) или брадикардия (<60 ударов в минуту);
- Выраженная слабость, утомляемость, потливость, не характерные для обычных ОРВИ;
- Участие в дыхании вспомогательных дыхательных мышц и др.

При аускультации легких врач может услышать хрипы или локальное приглушение дыхания (но, например, при сегментарных пневмониях, когда затронут небольшой участок легкого, аускультативно врач может определять нормальные легкие).

Обследование

Проводится рентгенография грудной клетки, являющаяся стандартом для установления диагноза пневмонии. Также может использоваться компьютерная томография (КТ). Не бывает пневмоний с нормальной рентгенологической картиной легких.

Из лабораторных тестов используется общий анализ крови, С-реактивный белок, биохимические показатели крови, определение газов артериальной и венозной крови.

При наличии достаточного количества мокроты должен проводиться ее анализ (причем до начала антибактериальной терапии).

Также в некоторых случаях могут понадобиться бронхоскопия, иммунные серологические тесты, общий анализ мочи.

В западных странах используются шкалы для оценки серьезности пневмонии, которые позволяют оценить необходимость госпитализации и оценить риск смерти. Это делается для того, чтобы пациенты, которые могут получать лечение амбулаторно, не попали в стационар, где у них будет риск получить внутрибольничную инфекцию.

То есть пациентам с сегментарной или долевой формой пневмонии в удовлетворительном состоянии при отсутствии хронических заболеваний (сахарный диабет, хроническая сердечно-сосудистая и легочная патология и т.д.) предпочтительно получать лечение в амбулаторных условиях.

Лечение

Основой лекарственной терапии бактериальной пневмонии является лечение антибиотиками. Для устойчивой к пенициллину формы, а также при отсутствии клинического улучшения от эмпирической терапии, антибиотики выбираются на основе чувствительности возбудителя, выявленного в мокроте. Предпочтительной является пероральная форма приема антибиотика (таблетки, суспензии) или внутривенная, внутримышечное введение антибактериального препарата является нежелательным.

Антибактериальная терапия должна начаться как можно раньше с момента постановки диагноза пневмонии, в идеале – не позднее 4-х часов. Обязательно проводится оценка состояния пациента через 48-72 часа, особенно при эмпирическом назначении антибиотика, когда при отсутствии положительной динамики производится смена антибактериального препарата.

Также могут использоваться симптоматические препараты: обезболивание и жаропонижающие средства, бронходилататоры (при наличии бронхоспазма), [ацетилцистеин](#) (при плохоотделяемой густой мокроте) и др.

Необходимость проведения рентгенологического исследования легких и анализов в динамике определяется лечащим врачом.