НОЗОКОМИАЛЬНАЯ (ГОСПИТАЛЬНАЯ) ПНЕВМОНИЯ

Определение. Это пневмония, развивающаяся через 48 и более часов после госпитализации, при отсутствии инкубационного периода на момент поступления в стационар, или в течение первых 4 недель после выписки из стационара.

Занимает 3 место среди госпитальных инфекционных осложнений. Летальность 8-20%.

Нозокомиальная пневмония, связанная с ИВЛ, развивается не ранее чем через 48 часов после интубации, при отсутствии признаков легочной инфекции в момент интубации. Встречается у 18-60% больных на ИВЛ.

Классификация. По срокам развития:

- Ранняя (первые 5 дней от госпитализации)
  - у лиц без факторов риска (ФР) полирезистентных возбудителей
  - у лиц с ФР полирезистентных возбудителей (а/б-терапия в предшествующие 3 месяца, госпитализации в течение 2 и более дней в предшествующие 3 месяца, высокая распространенность антимикробной резистентности в конкретных стационарах, хронический диализ, иммунодефицитные состояния, пребывание в домах престарелых и инвалидов)
- Поздняя (спустя 5 дней после госпитализации) – всегда предполагается наличие полирезистентных возбудителей

Этиология – часто полимикробная, бактериальная, резистентная, Гр(-) флора (синегнойная палочка, кишечная палочка, протей, клебсиела, ацинетобактер).

Гр(+): золотистый стафилококк метициллинорезистентный (MRSA)

Реже – анаэробы, легионеллы, вирусы, грибы.

При ранней пневмонии часто – пневмококк, гемофильная палочка, стафилококк золотистый, кишечная палочка, энтеробактерии.

ФР – возраст старше 60 лет, курение, ХОБЛ, СН, СД, ХПН, онкозаболевания, алкоголизм, иммунодефицит, очаги инфекции, оперативные вмешательства, горизонтальное положение, бессознательное состояние, интубации и другие инвазивные вмешательства.

Клинические признаки:

1.Интоксикационный синдром

2.Бронховоспалительный

3.Синдром уплотнения лнгочной ткани

4.Синдром поражения плевры

5.Синдром ДН

Методы диагностики:

-Клинический анализ крови (лейкоцитоз со сдвигом влево или лейкопения)

-Биохимический анализ крови (воспалительный синдром)

-Посев крови на гемокультуру

-Анализ мокроты + посев на флору и чувствительность к а/б+ВК, АК

-Серологические исследования крови (по показаниям)

-Рентгенограмма грудной клетки в 2 проекциях

-КТ

Принципы терапии:

При ранней пневмонии и отсутствии ФР полирезистентных возбудителей:

-цефалоспорины III поколения (цефтриаксон, цефотаксим)

-респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин)

-пиперациллин/тазобактам

При ранней пневмонии с ФР полирезистентных возбудителей и поздней пневмонии:

-карбапенемы с антисинегнойной активностью (меропенем, имипенем)

-бета-лактамы защищенные с антисинегнойной активностью (цефоперазон/сульбактам, пиперациллин/тазобактам)

-цефалоспорины III-IV поколения с антисинегнойной активностью (цефтазидим, цефепим)

-фторхиолоны с антисинегнойной активностью (ципрофлоксацин, левофлоксацин)

-аминогликозиды (гентамицин)

-линезолид или ванкомицин – при наличии MRSA

-противогрибковые (вориконазол, каспофунгин, амфотерицин)

Особенности клинического течения пневмонии в зависимости от этиологии

Пневмококковая пневмония – острое начало, высокая лихорадка, боли в грудной клетке, типичное течение, «ржавая мокрота»

Легионеллезная – тяжелое течение пневмонии + диарея, неврологическая симптоматика, нарушение функции печени

Микоплазменная – атипичное течение, инфекция верхних дыхательных путей, мышечные и головные боли.

Стафилококковая – тяжелое течение, часто с высокой интоксикацией, абсцедированием

Клебсиелезная (фридлендеровская) – тяжелое течение, часто у лиц со снижением иммунитета, алкоголиков, выраженная интоксикация, абсцедирование, кровянистая тягучая мокрота с запахом пригорелого мяса.

Вызванная синегнойной палочкой – тяжелая, деструктивная пневмония с образованием полостей, микроабсцессов, поражением медких сосудов, геморрагиями