

# Небактериални пневмонии, придобити в общността

Доц. Владимир Максимов

Катедра по белодробни болести, МУ, София; Клиника по неспецифични белодробни болести, СБАЛББ „Св. София“

## Вирусни пневмонии

Най-голямо значение за практиката имат грипните пневмонии.

**Епидемиология.** Те се срещат най-често по време на епидемия, през студените и влажни месеци на годината. Рискови болни са лица над 65 години с предхождащи пневмонии, със сърдечни пороци и намален имунитет.

**Етиология и патогенеза.** Заболяването се причинява от 3 типа грипни вируси – А, В, С, които търпят антигенни промени. Вирус В се среща най-често при млади лица. Грипният вирус има епителотропно, ангиотропно и невротропно действие. Той води до увреждане на епителните клетки на дихателните пътища и пневмоцити 1 и 2, както и на респираторния епител.

**Клинична картина.** Различават се първична грипна пневмония, която се среща рядко. По-често се среща вторичната вирусно-бактериална пневмония (най-често се касае за субинфектиране със стафилококи). Различават се 2 клинични форми: 1) **лека форма** – започва с КГДП, епистаксис, главоболие, ангина, отпадналост и болки по мускулите, суха, гразнеща кашлица, фебрилитет 37,5-38° С. Към 4-5 ден храчките стават знойни – бактериална инфекция. Физикалната находка е бедна, може да се чуе изострено везикуларно дишане и сухи хрипове. Кръвната картина обикновено е непроменена. Диагнозата се поставя с рентгеново изследване – наличие са данни за интерстициална пневмония и серологично РСК реакция. 2) **тежка форма (фулминантна)** – среща се при лица с намален имунитет, но по изключение и при млади здрави хора. Заболяването протича с изразен фебрилитет, интоксикация, бързо развитие на дихателна и сърдечно-съдова недостатъчност и некардиогенен белодробен оток, респираторен дистрес синдром.

Най-чести усложнения на грипните пневмонии са бронхиолит, от сърдечно-съдовата система – миокардит, перикардит, ритъмни нарушения, от нервната система менингит, менингоенцефалит, трансверзален миелит.

Прогнозата е добра при леката форма и при млади неувредени пациенти. При тежка форма и увреден терен смъртността се движи между 30 и 50%.

## Микоплазмена пневмония

**Епидемиология.** Микоплазмените инфекции се разпространяват по въздушно-капков път и се срещат най-често при ученици и студенти, живеещи в обще-

житие, войници и отделни фамилии. Инфекцията е разпространена по цял свят и през цялата година като зачестява в началото на зимата.

**Етиология.** Причинява се от микоплазма пневмоние или агент на Итън, който се отнася към така наречените РРО микроорганизми. Причинителят няма ригидна клетъчна стена. Той предизвиква хемолиза в овнешки еритроцити и неговият растеж се потиска от тетрациклини и макролиди. Микоплазмата произвежда екзотоксин (хемолизин), който обуславя образуването на студови антитела.

**Клинична картина.** Инфекцията с микоплазма може да протече като фарингит, трахеобронхит или пневмония (до 10-30%). Инкубационният период е 3-4 седмици. Началото е постепенно, с главоболие, фебрилитет, продължаващи от 1 до 5 дни, след което остава субфебрилна температура. Често се среща суха кашлица, рядко се наблюдава кръвохрачене. Установяват се болки по ставите и мускулите, изпотяване и болки в гърлото, хрема, отит.

При физикалното изследване се установяват незначителни патологични отклонения. Рядко се чуват сухи хрипове.

Рентгеновото изследване установява най-често сегментни или лобарни инфилтрати, което налага да се направи диференциална диагноза с пневмококова пневмония.

Характерен белег е наличието на хемолитична анемия със студови антитела. Протичането е най-често благоприятно, но са възможни усложнения – миокардити, перикардити, нефрити, миалгии, артрити, хемолитична анемия, тромбоцитопения, полиневрити, трансверзален миелит, менингоенцефалит. От страна на кожата се описва синдромът на Стивън-Джонсън, протичащ с кожни обриви – еритема мултиформе.

## Пневмонии, причинени от хламидии – пситакоза, орнитоза

Те съставляват 6 до 17% от амбулаторните пневмонии. Причинители са хламидия пневмоние, хламидия пситаци, по-рядко хламидия трахоматис. Източник на заразата са около 200 вида птици – папагали, гълъби, пуйки, гъски. Инфекцията става по въздушно-капков път, чрез инхалации на изсъхнали секрети, рядко от човек на човек.

**Патоморфология.** Инфекцията се разпространява в целия организъм и засяга ПЕС. Откриват се интерстициални пневмонични инфилтрати с лимфоцити, моноцити, наблюдава се оток и хеморагии в интерстициума.

**Клинична картина.** Заболяването започва с втрисане, температура 39-40° С, главоболие, болки по ставите и мускулите, ларингит, суха, гразнеща кашлица, рядко кръвохрачене. Физикалната находка е бедна. Кръвната картина е непроменена в 60% от болните.

Рентгенологично се откриват предимно интерстициални пневмонии, рядко лобуларни.

Често се наблюдават плеврални изливи и извънбелогдробни усложнения – миокардит, перикардит, менингоенцефалит, менингит, хепатит, орхит.

Прогнозата е добра. Смъртността е под 1%.

### Рикетсиозна пневмония – ку-треска

**Епидемиология.** Заболяването беше описано в Австралия, а по-късно и на Балканския полуостров – включително и в нашата страна. В последните години се установяват чести ендемични огнища с Ку-треска в различни райони на България. Ку-треската е зооноза, която е разпространена в различни насекоми и животни – говеда, коза, агнета, овце, малки гризачи и дивеч. Човек може да се зарази посредством непастъризирано мляко, фекалии, урина, плацентата (при раждане на овце и говеда). Боледуват по-често животновъди и работещи в кланица.

**Етиология.** Р. Бурнети е облигатен интрацелуларен микроорганизъм, който заема средно място между бактерии и вируси. Той е Грам-отрицателен микроорганизъм, който може да бъде отгледан чрез инжектиране на мишки, морски свинчета и пилешки ембриони. За разлика от другите рикетсии, Р. Бурнети не води до развитие на кожни обриви.

**Клинична картина.** Инкубационният период е от 10 до 20 дни. По своето протичане заболяването наподобява летен грип. Началото е остро с втрисане, висока температура, силно фронтално главоболие, световъртеж, миалгии, болки в гърба, отпадналост, болки в очните ябълки, схващане на гърба. Повечето болни се оплакват от суха кашлица и болки в гърдния кош.

Физикалната находка от страна на белия дроб е бедна и рядко се чуват крипитиращи хрипове. Черният дроб е увеличен в единични случаи. Броят на левкоцитите е нормален с леко олевяване. Рентгенологично се виждат ивицести и петнисти сенки или сегментни сенки, имитиращи белодробен карцином или метастатичен бял дроб.

При по-тежки случаи се наблюдават усложнения: миокардит, ендокардит, релативна брадикардия и хипотония, плеврални изливи. Често се развива хепатит с иктер, нефрити, артрит, тромбоцитопения, орхит. При някои болни на преден план е клиничната картина на менингит и менингоенцефалит.

В повечето случаи заболяването протича доброкачествено, усложненията са редки. Обратното развитие на измененията се наблюдава след 1-2 месеца. Подобно

на хламидийните пневмонии, често се установява остатъчен фебрилитет, изпотяване, отпадналост.

**Лечение.** При чисти групни пневмонии може да се използват М2-инхибитори – адамантани (Ремантадин) или невраминидазни инхибитори (Тамифлу). Лечението трябва да започне още в първите часове.

При смесените вирусно-бактериални и останалите небактериални пневмонии има няколко възможности за лечение:

1. Макролидни антибиотици. Те имат няколко предимства: действат вътреклетъчно и осигуряват висока концентрация в бронхиалното дърво и белия дроб.

- Кларитромицин 2 x 500 мг, 7 до 10 дни, или Клацид SR 500 мг 1 път дневно, 7 до 10 дни.
- Азитромицин 500 мг, 7 до 10 дни
- Рокситромицин 300 мг дневно, 7 до 10 дни

2. Четири-хинолони

- Ципрофлоксацин 2 x 500 мг, 7 до 10 дни
- Левофлоксацин 500 мг, 7 до 10 дни
- Моксифлоксацин 400 мг, 7 до 10 дни

3. Тетрациклини

- Доксциклин 0,100, 7 до 10 дни

Лечението на небактериалните пневмонии може да бъде амбулаторно – при пациенти под 65 г. без имуносупресия и съпътстващи заболявания. При увредени пациенти над 65 г. със съпътстващи заболявания, имуносупресия, вредни навици (алкохолизъм, наркомания) лечението се провежда в болнична обстановка с парентерално приложение на гореспоменатите антибиотици 7 до 10 дни (при усложнено протичане лечението продължава по-дълго). При доказани хламидийни пневмонии се провежда по-продължително лечение – 30-40 дни x 10 дневни курсове от различни антибиотици – например макролиди, хинолони, тетрациклини. Контролни серологични изследвания се провеждат след 2 месеца.

При пациенти с упорита суха кашлица и бронхоспазм се налага включване за кратко време на кортикостероиди и по-често на инхалаторни кортикостероиди, както и НСПВ за 10 до 15 дни.

### Профилактика

1. Ежегодна противогрипна ваксинация при възрастни над 65 години, лица с хронични заболявания, работещи в здравни заведения.

2. Използване на лични предпазни средства (при селскостопански работници, животновъди).

3. Строг ветеринарен контрол.

### Литература

1. Андреев, В. *Мед. инфо*, 2007, 10, 12-17.
2. Ганчева, Г. *Мед. инфо*, 2008, 55- 10.
3. Добрев, П. Пневмонии С. МИФ, 1985, 314.
4. Добрев, П. Клинична пневмология СМИФ, 1988.
5. Максимов, В. Възпалителни заболявания на белия дроб, С М и Ф.
6. Treanor, J. J. Clurluee, Liuiadsfone, 2005, vall, part III, Chapter 162.
7. Monto Tsefal, J. *Infect. Dis.* 2002, 186, 1582-1588.