

Pneumologie I.

MUDR. NIKOLA NOVÁKOVÁ

Akutní záněty horních cest dýchacích

Akutní rhinitis nejběžnější onemocnění, většinou virové etiologie, terapie dekongestiva α_1 -mimetika

Akutní pharyngitis při virosách, bakteriální agens často streptococcus

Akutní tonsilitis – lidově angína, etiologicky nejčastěji streptococcus pneumoniae, stafylococcus aureus, terapie ATB, Cave komplikace paratonsilární absces

Akutní sinusitis – virosis často v počátku, při edému sliznice dochází k obstrukci a následně bakteriální superinfekci



Akutní záněty dolních cest dýchacích

Laryngitis postižení zasahující i hlasivky

Akutní tracheitis klinicky typickými projevy jsou bolesti na hrudi zhoršující dýcháním chladného vzduchu

Akutní bronchitis polymorfní projevy od drobných dechových potíží až po septické projevy při abscedující bronchitis. Běžně kašel suchý nebo s produktivní expektorací, spastický nálezu. Terapie: ATB, mukolytika, při spastickém nálezu bronchodilatancia

Pneumonie

○ Rozdělení podle anatomické lokalizace

- Lobární pneumonie postihuje celý lalok
- Bronchopneumonie bez ostrého anatomického ohraničení
- Intersticiální bronchopneumonie

○ Rozdělení podle agens

○ Typické bakterie:

- G+ bakterie : Str. pneumoniae, Staf. Aureus, Eterococcus
- G- bakterie: Pseudomonas aeruginosa, Klebsiela pneumoniae, Hemophilus influenzae, E. coli, Moraxella catarrhalis

○ Atypické bakterie:

- Mycoplasma pneumoniae,
- Chlamydia pneumoniae, psitaci (papouščí nemoc),
- Legionella (legionářská nemoc)



Dělení pneumonie dle vzniku

Komunitní

- Běžná pneumonie 80-90 % pneumonií
- Terapie ATB, mukolytika

Aspirační

- Vznik při aspiraci žaludečního obsahu
- Pokud není léčena časně je riziko abscesů a rozsáhlého poškození
- Disponovanou populací pacienti v celkové anestézii, bezvědomí, alkoholici, pacient s gastrooesophageálním refluxem, staří pacienti..
- Terapie bronchoalveolární laváž, ATB

Nosokomiální

- Vznik po 48 hodinách od přijetí do nemocnice
- Vysoká frekvence rezistentních nemocničních kmenů bakterií
- Pacienti v těžkém stavu, imunokompromitovaní pacienti (pneumocystis jiroveci dříve carini)
- Terminální bronchopneumonie u nevylečitelně nemocných
- Ventilátorová pneumonie u pacientů s nutností

Klinické projevy pneumonie

- Teplota
- Kašel suchý nebo vlhký s produktivní expektorací
- Poslechový nález: přízvučné praskoty, tlumené dýchání při výpotku
- Zimnice
- Bolesti svalů a kloubů
- Může probíhat i bez větších symptomů zvl. u starších nemocných
- Pleurální bolest

Rozhodnutí o hospitalizaci pacienta

Věk nad 60 let (přihlédnutí k biologickému věku)

Dechová frekvence nad 30 dechů/min

Tachykardie nad 140/min

Hypotenze

Respirační insuficience

Rozsah postižení dle rtg snímku

Intersticiální plicní procesy

- Sarkoidosa
- Kryptogenní fibrotizující alveolitis
- Postižení plicního intersticia v rámci jiných systémových postižení pojiva
- Exogenní alergická alveolitis
- Plicní vaskulitidy
- Idiopatická plicní hemosiderosa

Sarkoidosa

- Jde o systémové onemocnění charakterizované akumulací aktivovaných T lymfocytů a makrofágů v postižených orgánech
- Typická je tvorba epiteloidních nekaseifikujících granulomů
- Hlavně postihuje hilové lymfatické uzliny a plíce
- Etiologie nejasná – obecná reakce na různá agens?
- Plicní a mimoplicní formy
- Klinický obraz:
 - Dušnost, Suchý kašel, Bolesti za sternem,
 - Löfgrenův syndrom: nodózní erytém, arthralgie, oboustranně zvětšené hilové uzliny
- Terapie: U 2/3 pacientů dochází ke spontánní remisi, léčba je indikovaná u postižení očí, srdce a CNS + při závažné hyperkalcémii - Nasazujeme kortikoidy

Kryptogenní fibrotizující alveolitis

- Onemocnění s narůstající prevalencí
- U nás cca 7:100000
- Etiologie není známá (autoimunita? chemikálie?)
- Dušnost při námaze, suchý kašel
- Rtg retikulární či retikulonodulární zastínění plic v pokročilé fázi vzhled voštiny
- HR CT (high resolution), plicní biopsie
- Terapie imunosupresivy – kortikoidy (prednison, cyklofosfamid), transplantace plic

Postižení plicního intersticia v rámci jiných systémových postižení pojiva

- ❖ Systémový lupus erythematoses
- ❖ Revmatoidní arthritida
- ❖ Systémová sklerodermie
- ❖ Polymyositis a dermatomyozitida
- ❖ Sjögrenův syndrom

Nádory plic

Benigní – pouze 5-10% všech nádorů, nejčastější z této skupiny nádorů plic je chondrohamartom.

Maligní – bronchogenní karcinom (z 90%), plicní mezenchymové zhoubné nádory

Sekundární plicní nádory (plicní metastázy)

Klinický obraz:

Kašel, Bolest na hrudníku, Dušnost, Hemoptýza, Paraneoplastický sy

Méně časté: stridor, sy HDŽ (otok krku, obličeje, cyanózou..) Claude-Bernardův-Hornerův sy, polykací potíže

Bronchogenní karcinom

90% všech plicních nádorů, v ČR nejčastějším zhoubným nádorem u mužů

Etiopatogeneze – kouření cigaret, znečištění životního prostředí

Klasifikace – dle histologického typu, podle rozsahu onemocnění, podle biologických vlastností.

Klasifikace dle biologických vlastností

Nemalobuněčný bronchogenní karcinom

- 75-80%
- pomalý růst
- pozdější metastazování
- malá citlivost k radioterapii a chemoterapii
- k určení rozsahu onemocnění slouží klasifikace TNM, dle této klinické stadium I.-IV.

Malobuněčný bronchogenní karcinom

- 20-25%
- rychlý růst
- výrazný sklon k metastazování
- citlivý k radioterapii i chemoterapii – lepší odezva na terapii

Léčba

dle typu nádoru, stádia a celkového stavu nemocného

- Léčba nemalobuněčného bronchogenního karcinomu
 - Operace u časných stádií
 - Chemoterapie + radioterapie
 - Neoadjuvantní (zmenšení nádoru před operací, zabránění vzniku vzdálených metastáz) x adjuvantní léčba (léčba, která následuje po operaci)
 - Inhibitory receptoru pro epidermální růstový faktor (Tarceva)
- Léčba malobuněčného bronchogenního karcinomu
 - Chemoterapie s následnou či souběžnou radioterapií
 - operace pouze u periferních forem, vždy ale následuje chemoterapie
- Paliativní léčba bronchogenního karcinomu
 - U více než 50% nemocných s bronchogenním karcinomem

Tuberkulosa

- Onemocnění vyvolané mykobakterium tuberculosis (Kochův bacil)
- Může postihnout jakýkoliv orgán nejčastěji jsou však postiženy plíce
- Incidence je 10.8 případů na 100000
- Rizikové skupiny bezdomovci, intravenózní narkomani, imigranti
- Klinické příznaky: Únavnost, Subfebrilie, Hubnutí , Kašel, Pocení zvl. v noci , Hemoptýza
- Terapie: kombinace ATB terapie (5 přípravků – kombinace 2-3 a střídání pro zamezení vzniku rezistence)

Klasifikace TBC

- Primární TBC vzniká při prvním kontaktu s mykobakteriem dochází k infektu tkáně a přilehlé lymfatické uzliny vzniká tzv. **primární komplex**
- Postprimární TBC vzniká již u osob, které primární infekci prodělaly buďto novou infekcí nebo reaktivací primární TBC

Formy:

- Miliární plicní TBC – difuzní rozsev krevní cestou
- Kavernózní TBC vznik kaverny kaseozním rozpadem
- TBC meningitis
- TBC ledvin

Diagnostika TBC

- Tuberkulinový test MX II pozitivní je indurace větší než 15 mm je důvodným podezřením na TBC
- Kultivace za 6 týdnů!!! Mycobacterie „roste“ velmi pomalu
- Zrychlená kultivace (Batec) 5-14 dní
- PCR – polymerázová řetězová reakce drahá metoda , možnost falešně pozitivních i negativních výsledků

Obstrukce velkých dýchacích cest

Hl. příznakem je inspirační stridor, dušnost, nemoci se nadechnout..

Příčina: vdechnutí velkého tělesa, aspirace jídla, rychle vzniklý nádor s dislokací, hematom...

Přednemocniční fáze rychlé pomoci:

- Pokus o vykašlání cizího tělesa
- Heimrichův manévr
- Koniotomie

Nemocniční fáze :

- Tracheotomie
- Bronchoskopie rigidním instrumentáři

Pneumothorax

- Spontální PNO - bez jasné příčiny
- Traumatický PNO – po traumatu
- Iatrogenní PNO – po instrumentálních zákrocích
- Kurativní PNO - v minulosti při léčbě TBC
- Tenzní PNO – ventylovitým mechanismem vzniká přetlak v hrudní dutině
 - Klinicky dušnost, hypersonorní poklep, neslyšné dýchání
 - Diagnostika RTG plic, event. CT k objasnění příčiny pokud není zřejmá
 - Terapie : klid nebo jednorázové odsátí nebo hrudní sání

Hemoptýza

Etiologie:

- Nádory
 - TBC
 - Bronchiektázie
 - Záněty
 - Mitrální stenosa
 - Hemorhagické diatézy
-
- Rizikem pro pacienta je především dušení při zalití dechových cest krví
 - Nutno odlišit vykašlávání krve z horních dýchacích cest nebo zvracení krve z GIT
 - Dg.: Rtg a CT plic, bronchoskopie s možností odsátí, koagulace laserem, tamponády
 - Terapie: Hrazení krevních ztrát, oxygenoterapie, hemostyptika, antitusika