Крупозная пневмония, вызванная клебсиеллами относительно редка (0,5–0,4% случаев пневмоний). Однако в стационарах она составляет 8–9,8% острых пневмоний, поэтому её относят к внутрибольничным инфекциям . Заражение происходит при аспирации микроорганизма. Распространена среди алкоголиков и новорождённых. Мужчины заболевают в 5–7 раз чаще женщин, пожилые чаще молодых. Локализация — как правило, в правой верхней доле, иногда в нескольких долях. В отличие от пневмококковой крупозной пневмонии, характерен некроз альвеолярных перегородок с частым формированием абсцессов, очагов карнификации и выраженного интерстициального фиброза.

Бронхопневмония

Для бронхопневмонии, или очаговой пневмонии характерно развитие в лёгочной паренхиме очагов острого воспаления размерами от ацинуса до сегмента, связанных с поражённой бронхиолой.

Этиология разнообразна. Развитию заболевания предшествуют воспалительные процессы в бронхах, их можно обнаружить одновременно с очагами бронхопневмонии.

Патогенез бронхопневмонии связан с воздушно-капельным, гематогенным, реже контактным путями распространения возбудителя. Бронхопневмонии чаще вторичны.

Морфогенез. Обязательное условие развития бронхопневмонии — нарушение дренажной функции бронхов. Это ведёт к проникновению микроорганизмов в альвеолярные ходы, альвеолы, поражению бронхов. Способствующие факторы: переохлаждение, состояние опьянения, наркоз и др. При деструктивном бронхите и бронхиолите возможен перибронхиальный путь. При генерализованной инфекции (септикопиемии) наблюдают гематогенное проникновение возбудителя в лёгкие.

Особую группу бронхопневмоний составляют аспирационная, гипостатическая и

послеоперационная пневмонии, связанные с активацией аутоинфекции.

Макроскопически обнаруживают плотные безвоздушные очаги различных размеров вокруг бронхов. Просвет бронхов заполнен жидким мутным содержимым серо-красного цвета. Как правило, бывают поражены задние и задне-нижние сегменты лёгких (2, 6, 8, 9, 10). В зависимости от размеров очагов различают милиарную, ацинозную, дольковую, сливную дольковую, сегментарную и полисегментарную бронхопневмонии.

Микроскопические изменения при бронхопневмониях в значительной степени зависят от вида возбудителя . Однако есть и изменения, характерные для всех видов бронхопневмоний. Это формирование очага воспаления вокруг мелкого бронха, бронхиолы с явлениями бронхита и/или бронхиолита (серозного, слизистого, гнойного, смешанного). Происходит распространение воспаления на респираторные бронхиолы и альвеолы (рис. 11-3), воспалительная инфильтрация стенок бронхиол, накопление экссудата в просветах альвеол, бронхиол, бронхов. Экссудат может иметь серозный, гнойный, геморрагический, смешанный характер, что связано с этиологией и тяжестью процесса. По периферии очагов — сохранная лёгочная ткань с явлениями перифокальной эмфиземы.

Осложнения бронхопневмонии такие же, как при крупозной пневмонии. Смерть больных может быть вызвана самой пневмонией, её гнойными осложнениями, лёгочно-сердечной недостаточностью.

Интересные статьи:

1) Опухоли поджелудочной железы

2) Острая почечная недостаточность

3) Уремия