



KÁTAI GÁBOR KÓRHÁZ, KARCAG, INTENZÍV BETEGELLÁTÓ OSZTÁLY

(A szerző: aneszteziológus-intenzív terápiás szakorvos, főorvos, a Magyar Infekciókontroll Egyesület elnökségi tagja, a Nemzeti Nozokomiális Surveillence Szakbizottság tagja.)

A KÖZÖSSÉGBEN SZERZETT PNEUMONIA DIAGNOSZTIKUS ÉS TERÁPIÁS KÉRDÉSEI

DR. KINCSES JÓZSEF

A közösségben szerzett (otthon/területen szerzett, community acquired pneumonia: C.A.P.) pneumonia a gyakori, és potenciálisan súlyos betegségek közé tartozik ma is. Súlyos formája elsősorban időseken és bizonyos alapbetegségben szenvedőkön fordul elő, e betegknél hospitalizációra/intenzív osztályos kezelésre is gyakran sor kerül, sőt a fejlett országokban a halálhoz vezető infekciós betegségek között a leggyakoribb (1). Kezelése zömmel empirikus alapon történik, a terápiára felhasznált antibiotikumok mennyisége jelentős, költsége magas.

Az alábbiakban a betegség diagnosztikájával – így mikrobiológiai diagnosztikájával – súlyosságának objektív meghatározásával és a kezelés – közte az antibiotikum terápia – kérdéseivel foglalkozunk.

Diagnosztika

1. Anamnézis és fizikális vizsgálat

Szemben a nozokomiális pneumoniákkal, ahol sem az anamnézis, sem a fizikális vizsgálati lelet nem informatív, e két diagnosztikai elem a közösségben szerzett pneumoniák esetében a mai napig megőrizte informatív értékét (7) olyannyira, hogy bizonyos (a későbbiekben ismertetésre kerülő) prognosztikai jelentőséggel is rendelkeznek.

A beteg pár napos *anamnézisében* rossz közérzet, erős hidegrázás, majd láz, kínzó oldaltáji fájdalom, száraz, fájdalmas köhögés szerepel. A köpet szívós, esetleg vérrel festenyzett (2). Rákérdezésre közösségben halmozottan előforduló megbetegedés (katonaság, idősök otthona, üdülőtábor stb.), külföldi tartózkodás, otthon tartott állatok, légkondicionált helységben való tartózkodás, HIV-fertőzésre hajlamosító tényezők stb. derülhetnek ki (3).

Fizikális vizsgálattal a tüdő felett tompulat kopogtatható, hörgi légzés és krepitáció hallható. A pulzus- és légzésszám minden esetben meghatározandó. A

klinikai kép alapján egyesek megpróbálják elkülöníteni a típusos és az atípusos pneumoniát, de ez alapján csak a betegek infekcióra adott eltérő reakcióját lehet regisztrálni (4), a „típusos” baktériumok által okozott pneumonia sok esetben sem a klinikai, sem a radiológiai kép alapján nem különíthető el az „atípusos” kórokozók által okozott pneumoniától.

2. Laboratóriumi vizsgálatok

A fehérvérsejt szám, a CRP-, vérkép-, és egyéb vérkémiai vizsgálatok végzése rendkívül fontos: mindenhol elvégezhető, a pneumonia súlyosságának és a beteg általános állapotának megítéléséhez adnak segítséget. Pl: *Pneumococcus pneumoniában* magas (15–20 G/l) fvs. számot lehet találni, vagy a nagyon magas (>30 G/l) és nagyon alacsony (<4G/l) fvs. szám rossz prognózis jele (4).

3. Radiológiai vizsgálatok

Bár a kezdődő tüdőgyulladásra utaló radiológiai jelek megjelenéséhez 24–48 órára van szükség, minden pneumoniás, vagy arra gyanús beteg esetében törekedni kell a *kétirányú mellkas-röntgen* vizsgálat elvégzésére. Ez segíthet a pneumonia verifikálásában, utal a kiterjedésre, felderítheti az esetleges alapfolyamatot (pl: neoplasma), kimutathat pleurális folyadékot, abscessust, és lehetővé teszi a folyamat követését.

4. Mikrobiológiai diagnózis

A kórokozó izolálására az alsó légutakból, vagy kimutatására hemokultúrából még ott is ritkán kerül sor, ahol minden mintavételi eljárás rendelkezésre áll. Ehhez képest a háziorvosi gyakorlatban bizonyos vizsgálatok elvégzése illuzórikus (pleura punktatium, mély légüti