

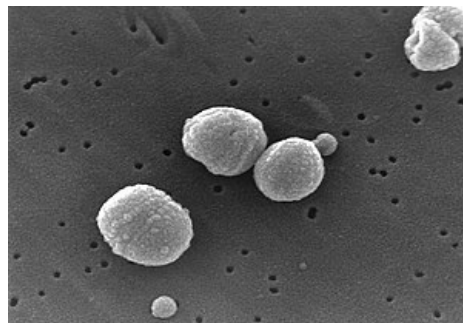
Komunitní pneumonie

Pneumonie je akutně probíhající zánět respiračních bronchiolů, struktur alveolů a intersticia plic. Pod označením **komunitní pneumonie** (CAP) se skrývá onemocnění získané mimo nemocniční prostředí tvořící 80–90 % všech zánětů plic.

Typy komunitních pneumonií

Pneumonie způsobené pyogenními bakteriemi

Jedná se o hnisavý typ zánětu. Může postihnout osoby všech věkových kategorií. Vzniká typicky po prochladnutí, po krátkodobém stresu či při vyčerpání. Nejčastější původce je *Streptococcus pneumoniae*, mnohem vzácněji ji způsobuje *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, případně podmíněně patogenní bakterie osídlující trávicí trakt (*Escherichia coli*, *Proteus spp.*, *Pseudomonas spp.*, anaerobní bakterie). K terapii se využívají penicilinová či cefalosporinová antibiotika.



Streptococcus pneumoniae

Pneumonie způsobené mykoplasmaty a chlamydiemi

Tento typ je nehnisavou intersticiální pneumonií. Vyskytuje se v malých epidemiích u zdravých osob mezi 5–50 lety. Etiol. agens: *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydophila pneumoniae*. Při terapii se využívají doxycyklin nebo makrolidy, doba léčby min. 2 týdny.

Pneumonie způsobené viry

Postihuje dospělé i děti, s výjimkou RS viru, který je typický pro kojenecký věk. Lymfotropní viry jsou vyvolavateli pneumonií u osob s imunodeficitem. Etiol. agens: respirační viry – viry chřipky A i B, virus parainfluenzy, RS virus, adenoviry, koronaviry), vzácně zvířecí viry (koronavirus SARS-CoV), lymfotropní viry (cytomegalovirus u HIV/AIDS). Terapie vyžaduje hospitalizaci, oxygenoterapie, symptomatická a podpůrná léčba, specifická virostatika, kortikosteroidy (snižují riziko fibrotické přestavby plic).

Pneumonie způsobené legionelami

Nejčastěji u pacientů středního věku s anamnézou dlouhodobě probíhajícího interního onemocnění (DM,...). Etiol. agens: *Legionella pneumophila*. U terapie obvykle nutná hospitalizace na JIP, i.v. makrolidy (clarithromycin, azithromycin) nebo fluorochinolony (ciprofloxacin, ofloxacin).

Pneumonie způsobené *Mycobacterium tuberculosis*

Typicky se vyskytuje u přistěhovalců z rozvojových zemí, u sociálně slabších osob, výjimečně u řádně očkováných osob po dlouhodobém stresu. Před zahájením léčby nutný opakovaný odběr materiálu na kultivaci, po nálezů acidorezistentních tyček podání specifické léčby, základní antituberkulotika: isoniazid, rifampicin, pyrazinamid, streptomycin a ethambutol.

Pneumonie způsobené *Pneumocystis jiroveci*

Postihuje osoby s těžkým imunodeficitem. Při terapii jsou nutné vysoké dávky co-trimoxazolu i.v. nebo pentamidinem i.v. později inhalačně.

Léčba

Počáteční léčba je **empirická a ambulantní**, založená na znalosti místní epidemiologické situace, predisponujících faktorech a klinických příznacích. U imunokompetentních jedinců, u nichž je průběh onemocnění většinou bez komplikací s typickými klinickými příznaky, je iniciální empirická léčba většinou úspěšná. Nejčastěji voleným modelem jsou **perorální antibiotika** v dostatečné dávce, dobře tolerovaná, s širším spektrem účinnosti na respirační patogeny a prodlouženým účinkem (2–3× denně). Účinnost lze ověřit za dva až tři dny, v případě selhání je třeba antibiotikum vyměnit za jinou léčebnou skupinu. Vzhledem k tomu, že nejčastějším původcem komunitní pneumonie je *Streptococcus pneumoniae* bývá lékem první volby penicilin. Problémem při tomto způsobu léčby je stále častěji se vyskytující rezistence pneumokoků k penicilinu.

Srovnávací tabulka pro typickou a atypickou pneumonií

PARAMETR	TYPICKÁ PNEUMONIE	ATYPICKÁ PNEUMONIE
Základní charakteristika	výrazný fyzikální nález	chudý fyzikální nález
Agens	(extracelulární) <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Haemophilus parainfluenzae</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Escherichia coli</i> a <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	(intra/paracelulární) <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , <i>Chlamydophila pneumoniae</i> , <i>Chlamydophila psittaci</i> , <i>Legionella pneumophila Coxiella burnetii</i> , viry – RSV, influenzy, <i>Pneumocystis carinii</i>
Nástup	náhlý	po infekci HDC, pomalý
Mimoplicní příznaky	nevýrazné	časté – bolest hlavy a svalů, zvracení, průjem
Horečka	septická febrilie	subfebrilie
Třesavka	ano	vzácně
Kašel	produktivní	suchý, dráždivý
Srdeční frekvence	možná tachykardie	norma
Pacient vypadá	nemocný	'v pohodě'
Fyzikálně	kreplus, trubicové dýchání, chrůpky	ojedinělé chrůpky
RTG	segmentální/lobární zastření (postižení alveolů)	intesticiální retikulonodulace (postižení intersticia)
Sedimentace	vysoká	mírně zvýšená
Zánětlivé parametry	vysoké	mírně zvýšené
Krevní obraz	leukocytóza	lymfocytóza
Terapie	peniciliny	makrolidy

Odkazy

Související články

- Klinické hodnocení závažnosti pneumonie
- Pneumonie

Použitá literatura

- BENEŠ, Jiří, et al. *Infekční lékařství*. 1. vydání. Galén, 2009. 651 s. s. 424-427. ISBN 978-80-7262-644-1.
- MAREŠOVÁ, Vilma a Pavla URBÁNKOVÁ. Účinné a bezpečné používání antibiotik u komunitních pneumonií. *Farmakoterapie*. 2010, roč. 20, vol. 1, s. 100,