

ESETISMERTETÉS

KÓRTÖRTÉNET

Előző betegségek

- A 37 éves nő anamnézisében ismert betegség nem szerepel. Családi anamnézisében elmondja, hogy édesapja hypertoniában és cukorbetegségben szenved, édesanyja mozgásszervi problémák miatt reumatológiai gondozás alatt áll.
- Férjével él, két kislány 7 és 10 évesek.

Jelen panaszok

- A beteg két napja tartó felső légúti hurutos tünetek (orrfolyás, torok fájdalom, enyhe, száraz köhögés, rossz közérzet, fáradékonyság) subfebrilitás miatt jelentkezett a rendelésen. Munkahelyén több kollégája is náthás, azt feltételezi tőlük kaphatta el. Családjában most más beteg nincs, kisebbik fia 3 hete tüdőgyulladás miatt antibiotikus kezelést kapott.

STATUSZ:

- Kp. fejlett, kp. táplált, jó általános állapotú fiatal nőbeteg.
- Icterus, ödéma, cyanosis nincs. Garat hyperaemias, status post tonsillect., submandibularis nyirokcsomók nem megnagyobbodtak. Hónalji nyirokcsomó nem tapintható.
- Mellkas részarányos, pulmok felett érdes légzés, ritmusos szívhangok, zöreje nem hallható.
- RR: 123/72; P: 95/perc; T: 37,8 °C
- Has a mellkas szintjében, puha betapintható, kóros terime, nyomásérzékenység nincsen.
- Neurológiai eltérés, mozgásszervi eltérés nincs.
- visus 5/5, TM: 162 cm, TS: 53 kg.

1. Mi a legvalószínűbb kórok?

- A beteg tünetei háttérben nagy valószínűséggel vírus fertőzés (az esetek legnagyobb részében rhinovírus) okozta nátha áll.
- A legvalószínűbb, hogy Streptococcus pyogenes okozta pharyngitissel állunk szemben
- Valószínűleg Streptococcus pneumoniae okozta pneumonia okozza a beteg tüneteit.
- Valószínűleg influenza fertőzés áll a beteg panaszai háttérben

1. Mi a legvalószínűbb kórok?

- A beteg tünetei háttérben nagy valószínűséggel vírus fertőzés (az esetek legnagyobb részében rhinovírus) okozta nátha áll.
- A legvalószínűbb, hogy Streptococcus pyogenes okozta pharyngitissel állunk szemben
- Valószínűleg Streptococcus pneumoniae okozta pneumonia okozza a beteg tüneteit.
- Valószínűleg influenza fertőzés áll a beteg panaszai háttérben

- Az akut felső légúti infekció kategóriájába tartozó kórképek a rhinitis, pharyngitis, tonsillitis és a laryngitis.
- A leggyakoribb tünetek a köhögés, torok fájdalom, orrfolyás, orrdugulás, fejfájás, nem túl magas láz, nyomás érzés az arcbán, tüszőgégés, rossz közérzet, izomfájdalom.
- A tünetek jellemzően 1-3 nappal az expozíció után jelentkeznek és általában 7-10 napig tartanak, de akár 3 hétig is elhúzódhatnak.
- A nátha háttérben álló patogének a rhinovírus, adenovírus, parainfluenza vírus, RS vírus, enterovírus és a corona vírus. A szezonális náthás megbetegedések közel 80 %-ban a rhinovírus a kórokozó.
- A hirtelen jelentkező pharyngitisek 15%-ban bakteriális fertőzés áll a háttérben. A leggyakoribb kórokozó a S. pyogenes.
- A humán influenzavírus cseppfertőzéssel, microaerosol útján terjed, a légúti hámban szaporodik, azt súlyosan károsítja. A lappangási idő néhány óra és 1-2 nap között van. Hirtelen, magas láz lép fel, fejfájással, húzó izomfájdalmakkal, általános elesettséggel, köhögéssel, torokfájással, a torokképletek lobosak, egyéb fizikális eltérés rendszerint nem található. Jellemző a száraz köhögés, de hurutos tünetek is lehetnek. Jelen esetben a klinikai tünetek inkább egyszerű nátha, mint influenza vagy bakteriális fertőzés mellett szólnak.

2. Milyen kezelést javasolna a betegnek?

- Elsősorban tüneti terápiát, sz. sz. lázcsillapítás, bő folyadék, napi 2x500 mg C-vitamin fogyasztás, köhögéscsillapító (dextrometorphan) szedését.
- Bár valószínűleg vírus fertőzésről van szó, de a beteg "elvárja", hogy antibiotikumot kapjon, és egyébként is bizonyítottan rövidíti a betegség lefolyását, ezért 3x t tableta amoxicillin/klavulánsav 500/125 mg kezelést indítok.
- Tüneti terápiát javaslok, sz. e. lázcsillapítás, orrspray (nyálkahártya lohasztó+ antihisztamin hatóanyagú) használatát, bő folyadék fogyasztást.
- A köhögés miatt inhalációs salbutamol kezelést, köptetőt javaslok, valamint napi 200 mg C-vitamint és szükség esetén lázcsillapítást.

2. Milyen kezelést javasolna a betegnek?

- Elsősorban tüneti terápiát, sz. sz. lázcsillapítás, bő folyadék, napi 2x500 mg C-vitamin fogyasztás, köhögéscsillapító (dextrometorphan) szedését.
- Bár valószínűleg vírus fertőzésről van szó, de a beteg "elvárja", hogy antibiotikumot kapjon, és egyébként is bizonyítottan rövidíti a betegség lefolyását, ezért 3x 500 mg amoxicillin kezelést indítok.
- Tüneti terápiát javaslok, sz. e. lázcsillapítás, orrspray (nyálkahártya lohasztó+ antihisztamin hatóanyagú) használatát, bő folyadék fogyasztást.
- A köhögés miatt inhalációs salbutamol kezelést, köptetőt javaslok, valamint napi 200 mg C-vitamint és szükség esetén lázcsillapítást.

- A nátha kezelésében az elsődleges cél a tünetek enyhítése. A nyálkahártya lohasztó szerek és ezek kombinációja antihisztaminnal enyhítik az orrdugulást és egyéb tüneteket. A H-1 receptor blokkolók az első 2 napban az orrfolyás és tüsszögés enyhe csökkentését eredményezik.
- Bizonyítékon alapuló adatok szólnak az antibiotikumok alkalmazása ellen nátha esetén, mivel sem a tüneteket nem javítják sem a betegség lefolyását nem rövidítik le.
- A dextrometorphan készítmények hatékonyságával kapcsolatos klinikai bizonyítékok nem egyértelműek, bizonytalan, hogy van-e bármiféle klinikailag igazolható pozitív hatása az alkalmazásánál akut köhögés esetén.
- Egy Cochrane vizsgálat azt igazolta, hogy a napi 200 mg vagy nagyobb dózisban prophylaxisként alkalmazott C vitamin kezelés enyhe, de egyértelmű javulást okoz a tünetek súlyosságát és a betegség fennállásának időtartamát illetően nátha esetén. Terápiásan alkalmazva a tünetek jelentkezése után a nagy dózisú C-vitaminnak nem volt klinikai vizsgálattal igazolható haszna.
- Beta-2 agonisták használata nem csökkentette szignifikánsan a köhögés mértékét az első hét napban, a produktív köhögést 7 napon túl vagy az éjszakai köhögés előfordulását. Szignifikáns növekedést írtak le viszont Beta-2 agonistát használóknál jelentkező nem kívánt hatások tekintetében (remegés, idegesség) a placeboval vagy egyéb terápiával kezeltekhez képest.

3. Milyen további vizsgálatokat végezne?

- Labor vizsgálatot és mellkas röntgent.
- Mivel a beteg tünetei nem súlyosak és néhány napja állnak fenn, vírus fertőzést feltételezek és egyelőre további vizsgálatokat nem kezdeményezek.
- Sürgősségi osztályra utalom a beteget pneumonia kizárása céljából
- Fül-orr-gégészeti szakrendelésre utalom a beteget.

3. Milyen további vizsgálatokat végezne?

- Labor vizsgálatot és mellkas röntgent.
- Mivel a beteg tünetei nem súlyosak és néhány napja állnak fenn, vírus fertőzést feltételezek és egyelőre további vizsgálatokat nem kezdeményezek.
- Sürgősségi osztályra utalom a beteget pneumonia kizárása céljából
- Fül-orr-gégészeti szakrendelésre utalom a beteget.

Rhinovírus fertőzésre utaló klasszikus klinikai tünetek esetén, ha nincs bakteriális fertőzésre vagy egyéb súlyos légzőszervi betegségre utaló tünet, az egyszerű nátha diagnózisa felállítható. A nátha klinikai diagnózis, nem szükséges semmiféle további diagnosztikus teszt a felállításához.

Akut köhögéssel jelentkező beteg esetén akkor indokolt a kórházi beutalás vagy a további szakvizsgálatok végzése, ha a beteg panaszai és tünetei súlyos állapotra utalnak vagy súlyosabb kórkép (sepszis, pulmonális embolisatio, tüdő tumor) gyanúját vetik fel.

4. A beteg 4 nap múlva visszaérkezik, hogy a köhögése egyre kellemetlenebbé válik, jelenleg ez a fő panasa, köpete nincs, időnként láza is van, fáj a mellkasa amikor köhög. Mit javasolna?

- A beteg állapot rosszabbodása miatt sürgősségi osztályra utalom, hogy a további kivizsgálást ott végezzék.
- Tájékoztatom a beteget, hogy a betegség természetes lefolyása mellett is 3-4 hétig elhúzódhat a köhögés, ezért akkor jöjjön vissza ha 1 hónap múlva is panaszos lesz, addig pedig köhögéscsillapító készítmény szedését javaslom.
- Köhögés csillapító készítményt javaslok és labor és mellkas röntgen vizsgálatra utalom a beteget tüdőgyulladás kizárása céljából. A köhögéskor jelentkező fájdalom enyhítésére NSAID készítmény szedését javaslom.
- Köptetőt és hörgő tágító inhalációs készítményt (salbutamol) javaslok a betegnek valamint a panaszok elhúzódása miatt antibiotikus kezelést indítok (amoxicillin/klavulénsav 500/125 mg 3x1)

4. A beteg 4 nap múlva visszaérkezik, hogy a köhögése egyre kellemetlenebbé válik, jelenleg ez a fő panasa, köpete nincs, időnként láza is van, fáj a mellkasa amikor köhög. Mit javasolna?

- A beteg állapot rosszabbodása miatt sürgősségi osztályra utalom, hogy a további kivizsgálást ott végezzék.
- Tájékoztatom a beteget, hogy a betegség természetes lefolyása mellett is 3-4 hétig elhúzódhat a köhögés, ezért akkor jöjjön vissza ha 1 hónap múlva is panaszos lesz, addig pedig köhögéscsillapító készítmény szedését javaslom.
- Köhögés csillapító készítményt javaslok és labor és mellkas röntgen vizsgálatra utalom a beteget tüdőgyulladás kizárása céljából. A köhögéskor jelentkező fájdalom enyhítésére NSAID készítmény szedését javaslom.
- Köptetőt és hörgő tágító inhalációs készítményt (salbutamol) javaslok a betegnek, valamint a panaszok elhúzódása miatt antibiotikus kezelést indítok (amoxicillin/klavulénsav 500/125 mg 3x1)

Az akut köhögés általában spontán javul 3-4 héten belül antibiotikum adása nélkül.

Antibiotikum adása felső légúti fertőzéshez társult akut köhögésben nem javasolt olyan betegeknek, akiknél nem állnak fenn súlyos szisztémás tünetek vagy nincsenek nagyobb rizikónak kitéve a szövődmények szempontjából alapbetegségük, életkoruk vagy egyéb okok miatt.

Amennyiben a beteg köhögéses tünetei hirtelen vagy számottevően rosszabbodnak mérlegelni szükséges az alternatív diagnózisok (pl. Pneumonia) lehetőségét, és ennek megfelelően további vizsgálatok végzése indokolt.

Beta-2 agonisták használata nem csökkentette szignifikánsan a köhögés mértékét az első hét napban, a produktív köhögést 7 napon túl vagy az éjszakai köhögés előfordulását. Szignifikáns növekedést írtak le viszont Beta-2 agonistát használóknál jelentkező nem kívánt hatások tekintetében (remegés, idegesség) a placeboval vagy egyéb terápiával kezeltékhez képest.

A mucoliticus hatású gyógyszerek (acetylcysteine és carbocisteine) klinikai eredményességével kapcsolatos eredmények nem egyértelműek, egyes vizsgálatok egyértelműen hatásosnak találták ezeket a készítményeket a köhögés csökkentése tekintetében, más vizsgálatok pedig nem találtak különbséget a placebohoz képest.

A klinikai bizonyítékok arra utalnak, hogy a guaifenesin csökkenti a felnőtt betegek felső légúti fertőzéshez társuló köhögését.

A dextrometorphan és butamirát esetén sem egységesek a vizsgálati eredmények a hatásosságukát illetően. A dextrometorphan esetén 30 mg-os dózis mellett egyes tanulmányok szignifikáns köhögés csillapító hatást írtak le, míg mások nem találtak különbséget a placeboval szemben.

Antihisztaminok és nyálkahártya lohasztó készítmények a köhögés szempontjából nem előnyösebbek a placeboval.

Kis számú, de egyértelmű klinikai bizonyítékok szólnak amellett, hogy a méz csökkenti a köhögéssel járó panaszokat.

Egyes gyógynövényekkel (Andrographis paniculata, kakukkfű, kankalin, borostyán,) kapcsolatban szintén vannak arra utaló eredmények, hogy hatékonyak lehetnek, de ezek a vizsgálatok nem elég megbízhatóak, hogy egyértelműen ajánlani lehessen ezeket a készítményeket.

A vizsgálatok arra utalnak, hogy az echinaceának nincs hatása a köhögéses tünetekre. A Dél-afrikai muskátli (Pelargonium sidoides) viszont az eddigi vizsgálati eredmények alapján hatékonyan tűnik.

AZ NSAID típusú gyógyszerekkel végzett vizsgálatok nem mutattak egyértelmű előnyös hatást a placebohoz képest a nátha tüneteinek (torokfájás, nyelési fájdalom, orrfolyás, orrdugulás, orrfújások száma stb) enyhítése tekintetében, azonban ezen gyógyszercsoport fokozott rizikót jelent cardiovascularis és gastrointestinális mellékhatások tekintetében.

A pleurális eredetű fájdalom csillapításában jó hatékonysággal és szélekkörűen használják az NSAID gyógyszereket.

5. A beteg 5 nap múlva ismét jelentkezik. A köhögése nem javul, bár kezd produktívá válni, rossz a közérzete, úgy érzi a légzése is egyre neheztettebbé válik, köhögéskori mellkasi fájdalma NSAID mellett enyhült. A néhány nappal korábban készült mellkas röntgenen a bal alsó lebenyben halvány peribronchialis infiltrátum látszott. A labor vizsgálat jelzett CRP (13 mg/l) és fvs szám (11,3 G/l) emelkedést mutatott. Továbbra is subfebrilis. Jelenleg RR: 120/74 Hgmm, P: 89/min, T: 37,2 °C, SpO2: 98% Mit tenne Ön?

- Mivel a beteg panaszai nem javulnak valamint mivel a röntgen vizsgálat pneumoniat igazolt, ezért antibiotikus kezelést indítok.
- A beteget a nehézlégzése miatt pulmonalis embolisatio kizárása céljából sürgősségi osztályra utalom.
- A beteget az igazolódott tüdőgyulladás miatt kórházi kezelés céljából a területileg illetékes Belgyógyászati/ Tüdőgyógyászati Osztályra utalom.
- Mivel a labor eredmények nem utalnak egyértelműen bakteriális fertőzésre a beteget Pulmonológiai szakredezésre utalom további vizsgálatok végzése céljából.

5. A beteg 5 nap múlva ismét jelentkezik. A köhögése nem javul, bár kezd produktívá válni, rossz a közérzete, úgy érzi a légzése is egyre neheztettebbé válik, köhögéskori mellkasi fájdalma NSAID mellett enyhült. A néhány nappal korábban készült mellkas röntgenen a bal alsó lebenyben halvány peribronchialis infiltrátum látszott. A labor vizsgálat jelzett CRP (13 mg/l) és fvs szám (11,3 G/l) emelkedést mutatott. Továbbra is subfebrilis. Jelenleg RR: 120/74 Hgmm, P: 89/min, T: 37,2 °C, SpO2: 98% Mit tenne Ön?

- Mivel a beteg panaszai nem javulnak valamint mivel a röntgen vizsgálat pneumoniat igazolt, ezért antibiotikus kezelést indítok.
- A beteget a nehézlégzése miatt pulmonalis embolisatio kizárása céljából sürgősségi osztályra utalom.
- A beteget az igazolódott tüdőgyulladás miatt kórházi kezelés céljából a területileg illetékes Belgyógyászati/ Tüdőgyógyászati Osztályra utalom.
- Mivel a labor eredmények nem utalnak egyértelműen bakteriális fertőzésre a beteget Pulmonológiai szakredezésre utalom további vizsgálatok végzése céljából.

A pulmonalis embolisatio tünetei hasonlóak lehetnek, mint egy pleurális érintettséggel járó pneumonia, vagy pleuritis tünetei. Differenciál diagnosztikai szempontból fel kell, hogy merüljön a PE gyanúja, de a klinikai tünetek alapján jelen esetben ez a kórkép nagy valószínűséggel kizárható volt, ezért emiatt a beteg tovább utalása nem indokolt.

Pulmonalis embolisatio gyanúját kelti illetve fokozza az adott beteg rizikóját:

- Légköri levegő mellett észlelhető hypoxia (SaO2<95%)
- Tachycardia (100 /min felett)
- Előzményben szereplő korábbi PE, MVT
- Haemoptysis
- Feloldali alsó végtagi duzzanat
- Megelőző 4 héten nagyobb műtét vagy baleset
- 50 év feletti életkor
- Hormon bevitel

Ha az itt felsoroltak egyike sem pozitív és a klinikum alapján is van valószínűbb diagnózis illetve a vizsgáló orvos sem gondolja, hogy a beteg PE szempontjából veszélyeztetett lenne, akkor a PE kizárásához további vizsgálat nem szükséges.

A röntgen vizsgálat valóban infiltrátumot igazolt, ami a klinikai tünetekkel együtt pneumonia diagnózisának felállítását jelenti, ezért antibiotikum adása indokolt.

Az otthon szerzett pneumóniában meghatározó fontosságú kórokozó a Streptococcus pneumoniae, ami nemcsak viszonylagos gyakoriságával, hanem az általa okozott pneumónia potenciális súlyosságával is kiemelkedő jelentőségű. Az epidemiológiai vizsgálatok alapján a Streptococcus pneumoniae a leggyakoribb bakteriális kórokozó gyermekkorban, idősokban, súlyos alapbetegségben szenvedőkben, valamint a hospitalizációt igénylő otthon szerzett pneumóniákban. Fiatal felnőttekben a Mycoplasma pneumoniae tűnik a leggyakoribbnak. Időskorban a Chlamydia pneumoniae, anaerobok, Legionella pneumophila és Gram-negatív pálcák (Haemophilus influenzae, E. coli, Klebsiella pneumoniae) is gyakoriak. Elsősorban idősokban kell számolni az aspirációs pneumónia előfordulásával is, bár ez alapbetegséghez társulva, fiatal felnőttekben, alkoholistákban is előfordul

A Pneumonia kórházi kezelésének szükségességét a beteg általános állapota, társbetegségei és a klinikai tünetek alapján lehet megítélni.

Kórházi kezelés szükségessége elsősorban a következő tényezők fennállása esetén merül fel:

- 50 év feletti életkor
- szociális otthon lakója
- ismert daganatos betegség, szívelégtelenség, májbetegség, előzményben szereplő cerebrovasculáris megbetegedés, krónikus veseelégtelenség
- vizsgálatkor fennálló tudatzavar
- jelentős tachycardia (>125/min)
- tachypnoe (>30/min)
- magas láz vagy hypothermia (<36 °C vagy >39,9 °C)
- hypotonia (90 Hgmm alatti systoles vérnyomás)
- szénhidrát anyagcsere zavar (glu> 14 mmol/l)
- emelkedett karbamid érték (>11 mmol/l)
- mellkas röntgenen igazolt pleurális folyadék gyülem

6. Milyen antibiotikus kezelést indítana?

- Napi 500 mg levofloxacin 7 napig
- 3x1 tableta amoxicillin/klavulánsav 875/125 mg-ot
- 2x500 mg clarithromycint 7 napig vagy 3 napig napi 500 mg azithromycint
- Kombinációs kezelésként 3x1 tabl. amoxicillin/klavulánsav 875/125 mg és 2x1 tableta clarithromycin 500 mg 7 napig

6. Milyen antibiotikus kezelést indítana?

- A. Napi 500 mg levofloxacin 7 napig
- B. 3x1 tabletta amoxicillin/klavulánsav 875/125 mg-ot
- C. 2x500 mg clarithromycin 7 napig vagy 3 napig napi 500 mg azithromycin
- D. Kombinációs kezelésként 3x1 tabl. amoxicillin/klavulánsav 875/125 mg és 2x1 tabletta clarithromycin 500 mg 7 napig

Az antibiotikum választásban a következő szempontok fontosak:

- az antibiotikum választásban azt a kórokozót kell lefedni, ami az adott betegpopulációban a leginkább várható,
- a lehetséges kórokozók különböző súlyosságú és letalitású pneumóniát okoznak (pl. Streptococcus pneumoniae infekció letalitása sokszorosa a Mycoplasma pneumoniae-nak),
- a Streptococcus pneumoniae köröki szerepét kevés kivétellel nem lehet kizárni, ezért empirikus terápiában célszerű olyan antibiotikumot (kombinációt) választani, ami kielégítő hatékonyságot mutat ellene,
- a választott antibiotikum hatékonyságának arányban kell lennie a klinikai situáció súlyosságával,
- a béta-laktámok (penicillinek, kefalosporinok, carbapenemek) hatástalanok az ún. atipusos kórokozókkal szemben,
- az atipusos kórokozók közül a Mycoplasma pneumoniae és Chlamydia pneumoniae ellen a makrolidok, doxycyclin és a fluorokinolonok egyaránt hatékonyak, a Legionella pneumophila-val szemben a makrolidok és a fluorokinolonok hatékonyak,

Otthon kezelhető pneumónia: 65 évnél fiatalabb beteg, alapbetegség nélkül

Kórokozók: M. pneumoniae S. pneumoniae, vírusok, C. pneumoniae, H. influenzae egyebek: Legionella spp., S. aureus,
Sok vizsgálat szerint az atipusos kórokozók aránya a fiatal felnőttek körében 20-40% körül van, hazai adat nincs.
Letalitás: 1% alatt van.

Javasolt antibiotikumok:

- makrolid vagy
- amoxicillin (minimálisan 3 g/nap) vagy
- doxycyclin

Otthon kezelhető pneumónia: alapbetegség és/vagy 65 évnél idősebb beteg

Alapbetegségnek minősül:

- krónikus obstruktív légúti megbetegedés
- diabetes mellitus
- krónikus veseelégtelenség
- szívelégtelenség
- bármilyen etiológiájú előrehaladott májbetegség
- egy éven belülü hospitalizáció otthon szerzett pneumónia miatt
- tartós szteroid kezelés
- előrehaladott malignus betegség

Kórokozók: S. pneumoniae, vírusok, H. influenzae, aerob Gram-negatív pálcák, S. aureus C. pneumoniae, M. pneumoniae

egyebek: M. catarrhalis, Legionella spp., M. tuberculosis.

Letalitás: 5% alatt, de az otthon kezelt betegek 20%-a végül is kórházba kerül.

Empirikus terápiára javasolt antibiotikumok:

- amoxicillin/klavulánsav
- cefuroxim
- +/-
- makrolid
- vagy
- légúti fluorokinolon (levofloxacin, moxifloxacin)

A klinikai tünetek alapján a pneumóniák típusos és atipusos formáit szokás megkülönböztetni. Típusos pneumonia esetén jellemzően hirtelen kezdetű láz, hidegrázás, pleurális mellkasi fájdalom és produktív köhögés jelentkezik. A jellemző kórokozók ebben az esetben a Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus. Klebsiella pneumoniae és a Haemophilus influenzae. Ezzel szemben atipusos pneumonia esetén felső légúti fertőzések jellemző bevezető tünetek, izomfájdalmak, láz hidegrázás nélkül, fejfájás és improduktív köhögés a jellemzők. Ilyen típusú tüdőgyulladást okoznak egyes vírusok, Mycoplasma pneumoniae, Legionella pneumophila, Chlamydia psittaci vagy a Coxiella burnetii.

Típusos pneumonia esetén a fehérvérsejt szám, Westergren érték, CRP jellemzően emelkedett ezzel szemben atipusos pneumonia esetén ezek az értékek általában normálisak vagy enyhén emelkedettek. Mellkas röntgen felvételen típusos pneumonia esetén lobaris vagy segmentális érintettséggel homogén beszűrődés ábrázolódik az esetek több, mint 80 %-ban, ezzel szemben atipusos pneumóniáknál diffúz foltos beszűrődés vagy tejúveg szerű homályok gyakoribbak.

Betegünk esetében a tünetek alapján mindenképpen fel kell, hogy merüljön atipusos pneumonia lehetősége, ezért az antibiotikum választásnak ennek figyelembe vételével kell történnie.

Mivel a béta laktámok nem hatékonyak atipusos kórokozókkal szemben, ezért makrolid, doxycyclin vagy légúti fluorokinolon adása jön szóba.

Mivel betegünk fiatal, ismert alapbetegsége nincs és állapota alapján otthoni kezelés megfelelő, ezért a makrolid vagy doxycyclin a megfelelő választás, a fluorokinolon rezisztencia terjedése miatt ilyen esetekben fluorokinolon adása abban az esetben javasolt csak, amennyiben az ajánlott antibiotikumokkal megfelelő dózisban történő kezelés sikertelen és a pneumónia progresszív.

Felhasznált irodalom

Cough (acute): antimicrobial prescribing NICE guideline Published: 7 February 2019
[nice.org.uk/guidance/ng120](https://www.nice.org.uk/guidance/ng120)

Micah Thomas; Paul A. Bomar.: Upper Respiratory Tract Infection,
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532961/>

Szakmai protokoll az otthon szerzett pneumóniák antimikrobás kezeléséről egészséges
immunitású felnőtteknél Készítette: az Infektológiai Szakmai Kollégium és a
Tüdőgyógyászati Szakmai Kollégium 2008, LVIII. ÉVFOLYAM 3. szám
1018-1026

Rajinder Singh Bedi: Community acquired pneumonia - Typical or atypical , Lung India
2006; 23: 130-131