

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

КАФЕДРА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ №3

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА
К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ**

Тема: «ХРОНИЧЕСКИЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ»

Контингент обучающихся: ординаторы

г. Владикавказ, 2020 г.

Составители - доцент кафедры, к.м.н. Цороева З.А

Рецензенты:

Зав. кафедрой детских болезней №2, д.м.н., проф. Калоева З.Д.

Зав. кафедрой детских болезней №1, д.м.н. Бораева Т.Т.

Одобрено на заседании ЦКУМС от 28 августа 2020 г., протокол №1.

«ХРОНИЧЕСКИЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ»

- I. Код темы: ОД.И.**
- II. Название темы: «Хронические пневмонии»**
- III. Контингент обучающихся: ординаторы**
- IV. Продолжительность занятия – 3 часа**
- V. Цель семинара:** Рассмотреть и обсудить вопросы этиологии и классификации хронических пневмоний у детей, вопросы диагностики и дифференциальной хронической пневмонии, принципы медикаментозной терапии.

Научно-методическое обоснование темы.

Хроническая пневмония занимает одно из центральных мест в хронической бронхолегочной патологии у детей. В зарубежной литературе данное заболевание наиболее часто обозначается как «бронхоэктазия», «бронхоэктазы», «хронический бронхит», «хронический деформирующий бронхит», реже «средне- или нижнедолевой синдром». Согласно принятой в нашей стране классификации (1981,1995гг.) этой форме заболевания дано следующее определение: хроническая пневмония представляет собой хронический воспалительный неспецифический процесс, имеющий в основе необратимые морфологические изменения в виде деформации бронхов и пневмосклероза в одном или нескольких сегментах и сопровождающийся рецидивами воспаления в бронхах и легочной ткани.

В свете этого определения, перечисленные выше названия, предлагаемые для замены термина ХП, не могут считаться удовлетворительными, так как не отражают сущности данной формы заболевания. ХП - это ограниченный бронхолегочный процесс, тогда как хронический бронхит это процесс распространенный или диффузный, к тому же локализующийся в бронхах. Термины бронхоэктазия (бронхоэктазы) отражают лишь один, к тому же не обязательный компонент сложного бронхолегочного процесса при ХП.

VI. Задачи семинара:

На обсуждение вынесены следующие вопросы:

- определение терминов «хроническая пневмония» и «двусторонняя хроническая пневмония»;
- основные причины, приводящие к пневмонии;
- классификация пневмоний;
- семиотика хронических пневмоний;
- клиническая диагностика;
- параклиническая диагностика;
- дифференциальная диагностика заболеваний;

VII. Тематика сообщений:

Ординаторам подготовить 3-4 сообщения по теме:

1. Принципы классификации.
2. Клиническая картина.
3. Дифференциальная диагностика пневмоний.

VIII. План проведения семинара:

Время семинара – 3 ч 12 мин.

После каждого академического часа – перерыв 10 мин (всего – 30 мин)

1. Вводный этап – 10 мин. (проверка присутствующих, постановка цели занятия, предоставление информационного блока);
2. Контроль исходного уровня знаний – 15 мин.
3. Разбор тематического больного (или выписки из медицинской карты) - 30
4. Сообщения ординаторов по теме занятия - 30
5. Обсуждение темы, разбор узловых проблем – 15
6. Контроль конечного уровня знаний – 30 мин.
7. Подведение итогов, ответы на вопросы – 15 мин.

IX. Методическое обеспечение занятия: микротаблицы, слайды, таблицы,

- Иллюстративный материал: мультимедийные слайды, микротаблицы и таблицы, схемы. Демонстрация иллюстративного материала в процессе изложения текста (около 3-5 мин)
- Методическое обеспечение: 2-3 тематических больных или 2-3 выписки из историй болезни детей с хроническими пневмониями.
- Учебно-методические пособия; учетно-медицинская документация
- Информационный блок по теме; вопросы для программированного контроля (№10), ситуационные задачи (№5), тесты для проведения исходного и заключительного уровня знаний (№20)

X. Материальное обеспечение: доска, оверход, мультимедийный проектор

XI. Перечень учебных знаний и умений

Ординатор должен знать:

- определение хронической пневмонии.
- основные причины возникновения в возрастном аспекте
- классификацию хронических воспалительных бронхолегочных заболеваний
- семиотику пневмоний
- клиническую и параклиническую диагностику
- дифференциальную диагностику
- принципы медикаментозной коррекции синдрома
- показания к оперативному лечению

Ординатор должен уметь:

- собрать анамнез ребенку
- провести обследование ребенка
- провести дифференциальную диагностику
- определить объем параклинического обследования
- провести интерпретацию полученных лабораторных и инструментальных методов обследования
- назначить медикаментозное лечение
- определить показания к хирургической коррекции

XII. Рекомендуемая литература:

1. Детские болезни: учебник / под ред. А.А.Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1008 с.
2. Педиатрия: Учебник для медицинских вузов. Под ред. Н.П. Шабалова. – СПб: СпецЛит, 2006. – 895 с.
3. Тен С.И. Справочник по госпитальной педиатрии. – Мн.: Беларусь, 2002. – С. 896.

XIII. Вопросы для самостоятельной подготовки:

1. Дайте определение термину «пневмония»?
2. Какие основные причины приводят к хроническим пневмониям?
3. Какая классификация?
4. Какова семиотика хронических пневмоний?
5. Основные принципы клинической и параклинической диагностики хронических пневмоний у детей.
6. Дифференциальная диагностика заболеваний.

7. Назовите принципы медикаментозной терапии хронических пневмоний.

XIV. Блок информации

ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ БРОНХОЛЕГОЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ

Заболевания, объединяемые данным условным названием хронические воспалительные бронхолегочные заболевания у детей, включают в себя хроническую пневмонию (ХП), пороки развития легких и бронхов, осложненные инфекционно-воспалительным процессом, легочные поражения у больных с иммунодефицитными состояниями и некоторые другие.

ХРОНИЧЕСКАЯ ПНЕВМОНИЯ занимает одно из центральных мест в хронической бронхолегочной патологии у детей. В зарубежной литературе данное заболевание наиболее часто обозначается как «бронхоэктазия», «бронхоэктазы», «хронический бронхит», «хронический деформирующий бронхит», реже «средне- или нижнедолевой синдром». Согласно принятой в нашей стране классификации (1981,1995гг.) этой форме заболевания дано следующее определение: хроническая пневмония представляет собой хронический воспалительный неспецифический процесс, имеющий в основе необратимые морфологические изменения в виде деформации бронхов и пневмосклероза в одном или нескольких сегментах и сопровождающийся рецидивами воспаления в бронхах и легочной ткани.

В свете этого определения, перечисленные выше названия, предлагаемые для замены термина ХП, не могут считаться удовлетворительными, так как не отражают сущности данной формы заболевания. ХП - это ограниченный бронхолегочный процесс, тогда как хронический бронхит это процесс распространенный или диффузный, к тому же локализующийся в бронхах. Термины бронхоэктазия (бронхоэктазы) отражают лишь один, к тому же не обязательный компонент сложного бронхолегочного процесса при ХП.

Этиология и патогенез.

ХП является полиэтиологическим заболеванием. Истоками формирования заболевания являются все процессы, которые способны привести к развитию ее морфологической основы. Это, прежде всего, воспаления легких, в неблагоприятных случаях протекающих по схеме острая - затяжная - хроническая пневмония, ателектазы различного генеза, включая врожденные, последствия аспирации инородных тел в бронхи, к которым примыкают пневмонии у детей с хронической аспирацией пищи, жидкости и желудочного содержимого.

Факторами, способствующими неблагоприятному исходу пневмонических процессов, являются ранний возраст ребенка, наличие сопутствующих заболеваний, позднее начало и неправильное лечение. Из эндогенных факторов следует назвать транзиторный иммунный дефицит, временную цилиарную дисфункцию, врожденные микродефекты бронхиальных структур.

В патогенезе формирования пневмосклероза ведущую роль играет нарушение бронхиальной проходимости и ателектаз. В связи с этим пневмосклероз не формируется при очаговых пневмониях, при которых, в отличие от сегментарных, ателектаз не сопутствует воспалительному процессу. Формирование ХП происходит во время текущего, затяжного сегментарного процесса, при этом развитие соединительной ткани в легком и деформации бронхов протекают параллельно. Этому способствуют нарушения лимфо - и кровообращения, иннервации, трофики, понижение ферментативной активности клеточных элементов, при выраженности пролиферативных процессов, в условиях нарушения проходимости бронхов. Хронический воспалительный процесс в структурно нарушенных и функционально неполноценных бронхах реализуется и поддерживается бактериальной флорой.

Морфологической основой ХП является ограниченный (сегментарный, долевой) пневмосклероз с деформацией бронхов в его зоне. Склерозирование охватывает как дистальные отделы бронхов, так и перебронхиальные ткани. На основании рентгено - морфологических сопоставлений по степени воздушности легочной ткани, можно выделить 3 вида склеротических изменений: ателектатический пневмосклероз (легочная ткань замещена склеротической), гипоателектатический (воздушность легочной ткани частично сохранена) и дисателектатический (объем сегмента сохранен за счет эмфизематозно измененных альвеол).

При всех этих вариантах имеются деформации и расширения бронхов, признаки хронического бронхита, а также нарушения бронхиальной проходимости на уровне мелких бронхиальных разветвлений. В расширенных участках бронхов определяются скопления слизи, десквамированного эпителия и лейкоцитов. Кроме гиперплазии слизистой оболочки бронхов наблюдается метаплазия ее эпителия в плоский, а в отдельных участках – атрофия слизистой оболочки.

Постоянным морфологическим признаком ХП является также поражение сосудов. Прежде всего, страдает мелкая сосудистая сеть, как за счет сжимающего действия периваскулярного склероза, так и изменений в сосудистой стенке (фиброз интимы, перекалибровка, эластоз стенки), что приводит к нарушению проходимости и запустеванию сосудов.

Клиническая картина.

Клиническая картина и течение ХП разнообразны и зависят от объема и локализации процесса, характера и степени поражения бронхов. Наиболее частой локализацией процесса является нижняя доля левого легкого (чаще базальная группа сегментов), одна или вместе с язычковыми сегментами. Несколько реже изменения локализуются в нижней и средней доле правого легкого. Редкими являются поражения отдельно средней доли, язычковых сегментов, или их вместе. Поражения верхних долей легких, или их сегментов, при хронической пневмонии не наблюдаются.

У детей с этим заболеванием физическое развитие обычно соответствует возрасту. Признаки интоксикации в периоде ремиссии чаще отсутствуют. Реже наблюдается общее недомогание, утомляемость, снижение аппетита. Температура тела у большинства больных нормальная.

К постоянным симптомам болезни относятся кашель, выделение мокроты и стойкие хрипы в легких. Наиболее частым симптомом является кашель. Его интенсивность тесно коррелирует с объемом поражения. При поражениях в пределах сегментов одной доли кашель у детей вне обострения бывает редким, непостоянным, обычно по утрам, с незначительным отделением мокроты. При поражении 1-2 сегментов кашель бывает лишь при обострении. Кашель при ХП может быть сухим или влажным. Сухой кашель чаще возникает в начале обострения болезни, вызванного острым респираторным заболеванием. В дальнейшем он становится влажным. Количество мокроты может быть разным, коррелируя с интенсивностью кашля. При обширных поражениях в фазе обострения, мокрота обычно бывает гнойной или слизисто-гнойной, а в период ремиссии слизистой или слизисто-гнойной. При поражениях в пределах одной доли мокрота бывает слизистой или слизисто-гнойной в зависимости от фазы болезни.

При осмотре у части детей с ХП, при наличии преимущественно ателектатического пневмосклероза, отмечается уплощение грудной клетки на стороне поражения. Кроме того, у 20-25% больных выявляются незначительные или умеренно выраженные воронкообразные, килевидные или комбинированные деформации грудной клетки. Эти изменения не являются следствием бронхолегочного процесса, но могут отрицательно повлиять на его течение. При перкуссии над зоной поражения определяется притупление перкуторного звука, там же выслушивается ослабленное дыхание, иногда с удлинением выдохом. При меньших по объему поражениях выслушивается жесткое, а в отдельных случаях, у детей раннего возраста, своеобразное "скрипучее" дыхание. Типичным для аускультативной картины при ХП являются преимущественно средние и мелкопузырчатые влажные хрипы, выслушиваемые с большим постоянством над зоной поражения, часто выходя за ее пределы, а при обострениях распространяясь на все пораженное легкое, а иногда и на здоровое. У части больных наряду с влажными выслушиваются и сухие хрипы, особенно при обострениях заболевания. Преобладание сухих хрипов, на фоне удлиненного

выдоха со свистящим оттенком, характерно для ХП, осложненной бронхообструктивным синдромом.

Наиболее яркая клиническая картина наблюдается при поражении левой нижней доли, особенно в сочетании с поражением язычковых сегментов. Менее яркая - при поражении нижней доли правого легкого. Поражение средней доли, также как язычковых сегментов, протекает обычно малосимптомно.

Рентгенологические изменения. На рентгенограммах грудной клетки у больных ХП определяется сближение элементов легочного рисунка в зоне поражения, повышение воздушности соседних сегментов, смещение срединной тени в сторону поражения. Эти признаки уменьшения пораженного участка легкого выражены тем лучше, чем больше объем поражения и чем выраженнее пневмосклероз. При ателектатическом пневмосклерозе в зоне поражения определяется гомогенная тень с четкой границей. Для выявления изменений в средней доле и язычковых сегментах лучшие результаты дает снимок в позиции гиперлордоза.

Бронхография является основным методом диагностики, выявляющим локализацию, объем и характер поражения бронхов при описываемой болезни. В зоне поражения определяется сближение бронхов, потеря их конусности, уменьшение глубины контрастирования, деформация просвета и расширение по цилиндрическому типу. Для бронхографической картины при ХП характерна неоднородность бронхиальных изменений, наличие в пораженном отделе как деформированных, так и расширенных бронхов и различная глубина контрастирования. Это отличает ее от изменений при врожденных пороках развития легких, при которых имеется более или менее однородное поражение бронхов.

Бронхоскопическая картина тесно коррелирует с объемом легочного поражения, степенью и характером деформаций бронхов, выраженностью клинических проявлений и фазой болезни, варьируя в широких пределах от локального до распространенного и от катарального до гнойного эндобронхита.

Функция внешнего дыхания. У 70% детей с ХП отмечается вентиляционная недостаточность (ВН). У детей с односторонними поражениями ВН отсутствует в 26% случаев и колеблется в пределах 1-2 степени у остальных. При вовлечении в процесс двух долей одного легкого в 10% случаев наблюдается ВН 3 степени, а при двусторонней ХП ВН выявляется у всех больных и у половины из них 3 степени. При ВН 1-2 степени преобладают обструктивные, а при 3 - рестриктивные и комбинированные нарушения вентиляции. Постоянная гипоксемия свойственна лишь части детей с двусторонними поражениями, что объясняет большую редкость развития у больных ХП расширения концевых фаланг пальцев в виде «барабанных палочек».

Изменения гемограммы отмечаются лишь при обострении болезни (умеренный лейкоцитоз с нейтрофилезом и палочкоядерным сдвигом, увеличение СОЭ).

Этиология воспалительного процесса. В мокроте больных ХП обнаруживаются два преобладающих возбудителя: гемофильная палочка у 60-70% и пневмококк у 35-40% больных. У небольшого числа детей (5-10%) высевается моракселла (бранхамелла) катарралис. Микроорганизмы высеваются как в монокультуре, так и в ассоциациях.

Гемофильная палочка чувствительна к ряду антибиотиков, хотя она снижается за счет выработки бета - лактамаз. Чувствительность, как правило, сохраняется к защищенным пенициллинам (амоксциллин с клавулановой кислотой), а также цефалоспорином 2-3 поколений. Из числа макролидов лишь азитромицин (сумамед) сохраняет высокую активность к большинству штаммов гемофильной палочки. Пневмококк сохраняет чувствительность к препаратам пенициллинового ряда, цефалоспорином и макролидам. Моракселла катарралис чувствительна к аминогликозидам, макролидам, рифампицину, олеандомицину и левомицетину.

Течение хронической пневмонии характеризуется сменой периодов обострения и ремиссий. Обострения протекают по бронхитическому или пневмоническому типу.

Обычно обострения возникают после ОРЗ и чаще протекают по бронхитическому типу. Клиника обострений зависит от характера ОРЗ и тяжести основного заболевания. При этом все симптомы ХП усиливаются. Учащается кашель, увеличивается отделение мокроты, которая приобретает слизисто-гнойный или гнойный характер. Физикальные изменения в легких нарастают, выходя за пределы зоны поражения. Появляются общие нарушения (повышение температуры тела, недомогание, слабость, потеря аппетита) и гематологические сдвиги. При бронхоскопии отмечаются выраженные, распространенные воспалительные изменения и обильный слизисто-гнойный или гнойный секрет. Эти изменения выходят не только за пределы пораженного участка, но нередко и большого легкого, хотя в противоположном легком они выражены слабее. Распространение бронхита на здоровое легкое чаще наблюдается при присоединении бронхообструктивного синдрома. Ликвидация обострения по бронхитическому типу занимает от 2-3 до 4-6 недель и более. Правильно и своевременно проведенное лечение сокращает сроки обострения.

При пневмоническом типе обострения сопровождаются симптомами острой пневмонии. В ряде случаев пневмонические изменения локализуется вне зоны хронического процесса, иногда бывают двусторонними при односторонней хронической пневмонии. Одинаково часто встречаются сегментарные и очаговые пневмонии. Клинические симптомы при обострениях по пневмоническому типу намного тяжелее, чем при бронхитических. У таких детей значительно ухудшается общее состояние,

появляются симптомы интоксикации, повышается температура тела, усиливаются кашель и отделение мокроты, она становится гнойной. Физикальные изменения в легких увеличиваются. Гематологические сдвиги бывают значительно выражены. Рентгенологическая диагностика пневмоний, возникших вне зоны хронических изменений, не представляет сложностей, но труднее при их локализации в измененных сегментах, так как появление там инфильтративных или очаговых теней не всегда определяется достаточно четко. Пневмонический процесс при ХП не может возникнуть в сегментах полностью лишенных воздушной альвеолярной ткани, т. е. при ателектатическом пневмосклерозе. Обострения с симптомами острой пневмонии ликвидируются медленнее, чем при бронхитических.

Вне обострения ХП характеризуется активностью воспалительного процесса. Об активности воспалительного процесса в легких судят по характеру клинических проявлений, бронхоскопическим данным, а также по значениям некоторых лабораторных показателей. Из лабораторных показателей об активности процесса свидетельствуют лейкоцитоз, повышение процента сегментоядерных лейкоцитов, уровня белков острой фазы и отдельных классов иммуноглобулинов.

Прогноз.

На протяжении детского и подросткового возраста у больных ХП не наблюдается прогрессирования бронхолегочного процесса, а характер и объем бронхиальных деформаций не меняется.

С возрастом обострения возникают реже, уменьшается выраженность основных симптомов болезни. Значительно улучшается функция внешнего дыхания. Физическое развитие у большинства детей не нарушается, причем длительность болезни не влияет на этот показатель здоровья.

Диагноз.

Диагностика ХП основывается на совокупности анамнестических данных и характерных клинических и рентгенологических симптомах и может быть осуществлена на амбулаторном этапе обследования. Основной задачей врача поликлиники является отбор больных с подозрением на ХП из числа имеющих рецидивирующие, затяжные, или хронические бронхолегочные заболевания. Однако верифицированный и полный диагноз может быть поставлен лишь в специализированном стационаре после производства бронхографии и других методов пульмонологического обследования.

Лечение.

Основным методом лечения ХП у детей является консервативный. Антибиотикотерапия показана при обострениях болезни, а также на фоне ОРЗ для их профилактики. Основным является системный путь введения антибиотиков (пероральный, внутримышечный, внутривенный). С учетом преобладающих возбудителей (гемофильная палочка, пневмококк) и их лекарственной чувствительности при данном заболевании используются антибиотики пенициллинового и цефалоспоринового ряда, макролиды и др. Наиболее обоснована целенаправленная антибиотикотерапия с учетом индивидуальной чувствительности микроба - возбудителя воспалительного процесса, наряду с оценкой тяжести болезни, переносимости и эффективности препаратов в прошлом. Учитывая рост антибиотикорезистентных штаммов бронхопатогенов, в первую очередь гемофильной палочки, лечение следует проводить комбинацией из двух антибиотиков. Это особенно показано при наличии клинически выраженного обострения, сопровождающегося гнойным эндобронхитом, а также при высеве упомянутого возбудителя из мокроты. Длительность курса лечения должна составлять в среднем 2-3 недели, а в тяжелых случаях больше. При стойком гнойном эндобронхите показана бронхоскопия с промыванием бронхов (лаваж) и введением антибиотика внутрибронхиально. В тяжелых случаях эту процедуру следует повторить. При бронхообструктивном синдроме показаны бронхорасширяющие препараты, а при аллергических проявлениях, также противоаллергические средства.

Муколитическая терапия применяется у больных ХП достаточно широко. Из многих муколитических препаратов наиболее активным действием обладает ацетилцистеин. Его применяют в ингаляциях (10% раствор) и внутрь (по 100-200 мг 3 раза в сутки). У детей больных хронической пневмонией достаточно применять его внутрь. Для этой цели весьма удобен препарат АСС, представляющий собой ацетилцистеин в гранулах для приготовления раствора для приема внутрь.

Неплохим отхаркивающим действием обладает карбоцистеин (мукопронт). Он удобен для применения у детей, так как выпускается в капсулах и сиропе.

Близкие по химическому строению и фармакологическому действию амброксол (лазолван) и бромгексин (бисольвон) являются муколитическими средствами, стимулирующими выработку сурфактанта.

Лечебная бронхоскопия не является самостоятельным или приоритетным видом лечения ХП. Ее следует применять при бронхообструкции, нарушающей отделение мокроты и стойком сохранении гнойного эндобронхита. Методика лечебной бронхоскопии заключается в промывании бронхов изотоническим раствором хлорида натрия или другими растворами с последующим местным введением антибиотиков. Обычно достаточным бывает 1-2 процедур.

Лечебная физкультура. Позиционный дренаж и вибрационный массаж грудной клетки являются основными и высокоэффективными методами лечебной физкультуры (ЛФК) при ХП. Дренаж проводится в положении Квинке (головой вниз с поднятой тазовой областью) в течение 5-10 минут, когда больной производит кашлевые движения. Это положение обеспечивает отток секрета из наиболее часто поражаемых базальных сегментов легких. Эффективность дренажа возрастает при применении вибромассажа и дыхательных упражнений, сочетающихся с ритмическим сжатием грудной клетки. Дренаж у больных должен проводиться как в периоде обострения, так и в периоде ремиссии. Детям с ХП показаны занятия ЛФК в полном объеме, а также контролируемые занятия спортом, что улучшает их физическую и умственную работоспособность.

Показания к хирургическому лечению следует определять с учетом высокой эффективности консервативной терапии и благоприятного течения заболевания в детском и подростковом возрасте. В связи с этим показания к оперативному лечению хронической пневмонии являются относительными. Хирургическое лечение наиболее показано больным с долевыми поражениями и стойким гнойным эндобронхитом, не поддающимся консервативному лечению.

Санаторное лечение направлено на закрепление результатов консервативной терапии, проведенной по поводу обострения болезни. Оно способствует также предоперационной подготовке и послеоперационной реабилитации. Основными методами санаторного лечения являются все виды ЛФК, проведение подвижных игр, прогулок и спортивных упражнений.

Диспансерное наблюдение и профилактика. Основной задачей поликлинического этапа является наблюдение и лечение больных ХП в периоде ремиссии, диагностика и лечение обострений на дому, или своевременная их госпитализация. Особое внимание должно уделяться дошкольному и школьному режиму, проведению ЛФК. Занятия физкультурой в школе не противопоказаны большинству детей, больных ХП, но под врачебным контролем. Наблюдая за больным, врач должен периодически консультировать его с врачом по ЛФК для коррекции методов и объема лечебной гимнастики. Необходимо осуществлять санацию очагов хронического воспаления в рото - носоглотке. В своей работе врач должен руководствоваться рекомендациями пульмонологического центра (специализированного отделения), где больной должен состоять на диспансерном учете и периодически там наблюдаться. Кроме того, при наличии районного (межполиклинического) детского пульмонолога, участковый врач должен работать в тесном взаимодействии с ним.

Профилактическими в отношении ХП считаются меры, препятствующие переходу острых пневмоний в затяжные и весь комплекс профилактики острых пневмоний.

Двусторонняя хроническая пневмония.

ХП у подавляющего числа детей является односторонней. Распространение бронхита на противоположное легкое при обострении заболевания на фоне ОРЗ, наблюдаемое у части больных, является полностью обратимым и не влечет за собой каких либо последствий. Двусторонние поражения при ХП наблюдаются у 13% больных.

При этой форме стойкие морфологические изменения наблюдаются в обоих легких. По нашим данным заболевание протекает значительно тяжелее, чем при односторонней ХП. В анамнезе детей с двусторонней хронической пневмонией (ДХП), перенесенная острая пневмония на первом году жизни встречается в 4 раза чаще, чем при односторонней ХП (ОХП). Частота обострений, 3 раза и более в течение года, отмечается почти в 8 раз чаще при ДХП по сравнению ОХП. У больных с ДХП чаще встречается деформация грудной клетки. Другие клинические показатели (количество и характер мокроты, частота гнойного эндобронхита и бронхообструктивного синдрома, частота распространенных хрипов в легких и др. при ДХП также существенно хуже, чем при ОХП.

При этом существует еще и принципиальное отличие. При ОХП не наблюдается стойкой гипоксемии, деформации концевых фаланг пальцев по типу «барабанных палочек», а также повышения давления в легочной артерии. Все эти изменения обнаруживаются у части больных (6%) с ДХП. Эти особенности ДХП должны учитываться при оценке прогноза болезни, построении стратегии и тактики лечения, и диспансерного наблюдения. Все виды лечения при ДХП должны быть интенсифицированы и пролонгированы. Диспансерное наблюдение должно включать наблюдение за состоянием сердечно - сосудистой системой. Занятия физкультурой и спортом рекомендуется строго контролировать.