# ***ОСТРЫЕ ПНЕВМОНИИ***

Острая пневмония представляет собой воспалительное заболевание легких,

диагностируемое по синдрому дыхательных расстройств и физикальным данным при

наличии очаговых или инфильтративных изменений на рентгенограмме.

***Классификация:***

Выделяют 5 морфологических форм:

1. Очаговая
2. Очагово-сливная
3. Сегментарная
4. Крупозная
5. Интерстициальная

По вариантам течения:

1. Острое течение (пневмония разрешается в сроки до 6 недель)
2. Затяжное течение (если нет обратного развития в сроки от 6 нед. до 8 месяцев)

По наличию или отсутствию осложнений:

1. Осложненная
2. Неосложненная

*Осложнения могут быть токсического и гнойного характера:*

Токсические осложнения пневмонии:

1. Инфекционно-токсический шок
2. Токсикоз
3. Респираторный дистресс-синдром
4. Сердечно-сосудистые нарушения

Гнойные осложнения:

1. Буллы
2. Абсцессы легкого
3. Прогрессирующая медиастинальная эмфизема
4. Гнойный плеврит
5. Пиопневмоторакс

***Этиология и патогенез****.* Внебольничные пневмонии у детей раннего возраста в 80—90 % случаев обусловлены пневмококками, в 5—10 % — гемофильной палочкой, значительно реже стафилококками и стрептококками, микоплазмой. У детей старше 4 лет и подростков заболевание вызывается в основном пневмококком, однако, у более старших детей в возникновении пневмонии увеличивается роль микоплазм. Возбудители обычно чувствительны к антибиотикам. У детей первого года жизни значительна роль стафилококка и кишечной палочки; в первом полугодии жизни до 15 % всех пневмоний вызывается хламидиями, которыми ребенок инфицируется при прохождении по родовым путям матери; ОРВИ и грипп являются фактором, облегчающим проникновение микроорганизмов в легкое. Также предрасполагающими факторами к развитию пневмонии у детей раннего возраста являются: недоношенность, тяжелая перинатальная патология (внутриутробная гипоксия, асфиксия, родовая травма), синдром рвот и срыгиваний, искусственное вскармливание, аномалии конституции, гипотрофии, врожденные пороки сердца, муковисцидоз, пороки развития легкого, различные наследственные иммунодефициты, гиповитаминозы. У школьников – хронические очаги инфекции в ЛОР-органах, рецидивирующие и хронические бронхиты, курение (даже пассивное). Внутрибольничные (госпитальные) пневмонии вызываются либо аутогенной флорой, устойчивость к антибиотикам которой зависит от предшествующей терапии, либо циркулирующими в стационаре, обычно резистентными штаммами микроорганизмов или микоплазмой. Они развиваются, как правило, на фоне респираторно-вирусной суперинфекции. Форма пневмонии зависит от вирулентности возбудителя, уровня специфического иммунитета и особенностей реактивности организма.

Установлено, что при пневмонии основным путем проникновения инфекции в легкие является бронхогенный с распространением инфекта по ходу дыхательных путей в респираторные отделы. Гематогенный путь проникновения инфекции в легкие - исключение. Он имеет место при септических (метастатических) и внутриутробных пневмониях.

Форма пневмонии зависит от вирулентности возбудителя, уровня специфического

иммунитета и особенностей реактивности организма.

***Очаговые пневмонии (бронхопневмонии)*** – наиболее распространенная форма, тяжесть состояния ребенка при этом зависит во многом от размера очага (или размера пораженного участка легкого с множественными очагами). Как частный случай очаговой пневмонии следует выделить очагово-сливные формы, при которых поражение захватывает несколько сегментов или всю долю, причем на фоне затемнения часто выделяются более плотные тени очагов с выраженной клеточной инфильтрацией, имеющих склонность к деструкции.

Очаговые пневмонии возникают обычно у детей в возрасте 1-2 года, часто на 5-7 день ОРЗ как вторая волна. Повышается температура тела до фебрильной, ухудшается самочувствие, появляется или усиливается кашель. Постепенно развиваются симптомы ДН и токсикоза. Объективными симптомами являются укорочение перкуторного звука над определенными участками легкого, жесткое или ослабленное дыхание, постоянные мелкопузырчатые хрипы или крепитация в зоне укорочения перкуторного звука. На рентгенограмме определяется инфильтративная тень в диаметре 5-10 мм. Процесс чаще односторонний. В периферической крови отмечается лейкоцитоз (более 10 \* 10^9/л), иногда значительный нейтрофилез со сдвигом влево, ускорение СОЭ (свыше 20 мм/ч).

Очаговые пневмонии имеют чаще всего циклическое течение, при правильном выборе антибактериального препарата дают хорошую обратную динамику.

Очагово-сливные формы пневмонии протекают с выраженным токсическим синдромом, требуют проведения интенсивной антибиотикотерапии, способной воздействовать одновременно на стафилококки, пневмококки и грамотрицательную флору.

***Сегментарная пневмония (бронхопневмония).*** Чаще встречается у детей 3-7 лет, но может наблюдаться и у детей раннего возраста, вовлекает ткани всего сегмента, находящегося, как правило, в состоянии ателектаза. Последнее обусловливает торпидность течения обратного развития легочных изменений при быстром исчезновении клинических проявлений и склонность к фиброзной трансформации и ограниченному пневмосклерозу. При сегментарной пневмонии чаще поражается один сегмент, обычно справа.

Заболевание начинается остро, с подъема температуры тела до высоких цифр, появления выраженных симптомов интоксикации и нарушения обмена, редкого кашля, который появляется чаще на 2-3 день болезни. Часто отмечаются боли в животе и грудной клетке. Перкуторные и аускультативные данные скудные, особенно в первые дни болезни. Дыхательные шумы могут быть не изменены, стойкие влажные мелкопузырчатые хрипы, крепитация выслушивается только на высоте вдоха при глубоком вдохе. Примерно у ¼ детей заболевание протекает в первые дни без характерных аускультативных данных и выявляется лишь при рентгенологическом исследовании. Укорочение перкуторного звука наблюдается с 3 дня болезни. При вовлечении в процесс плевры появляется боль в боку,

усиливается укорочение перкуторного звука, дыхание становится ослабленным, нарастают симптомы интоксикации.

Для рентгенодиагностики сегментарной пневмонии важное значение имеет выявление четкой границы поражения в отличие от очагово-сливных форм, при которых этот признак отсутствует. Процесс чаще односторонний (в 95%), только в 5 % двусторонний.

Во многих случаях этот диагноз удается поставить лишь при наблюдении за динамикой процесса, когда начинает выявляться ателектатический компонент и границы поражения приобретают типичную для этой формы четкость.

Клинические признаки при сегментарной пневмонии исчезают на фоне лечения через 10-12 дней, рентгенологические – через 2-3 недели. Иногда, особенно при выраженном ателектатическом компоненте, процесс репарации задерживается до 2-3 месяцев. Возможен исход неразрешившейся сегментарной пневмонии в хроническую пневмонию с формированием локальных бронхоэктазов.

***Крупозная пневмония*** диагностируется, прежде всего, по клиническим данным при гомогенной лобарной инфильтрации на рентгенограмме. Чаще всего крупозная пневмония вызвана пневмококками. Прогностическое значение этого диагноза состоит в том, что назначение антибиотика, действующего на пневмококк, дает быстрый эффект.

У детей при достаточно типичной клинической картине нередко легочный процесс захватывает 2-3 сегмента, что не противоречит диагнозу «Крупозная пневмония».

Крупозная пневмония встречается относительно редко, чаще у детей школьного возраста, характеризуется бурным внезапным началом, сопровождается резким нарушением самочувствия, головокружением, головной болью, гипертермией, потрясающим ознобом. Кашель в первые дни отсутствует или бывает сухим, редким. Токсический синдром, как правило, нарастает в динамике. Появляются признаки дыхательной недостаточности. Часто при крупозной пневмонии наблюдается абдоминальный синдром: рвота, боли в правой подвздошной области, области пупка, признаки раздражения брюшины. Могут быть симптомы менингизма, судороги.

Крупозная пневмония развивается как результат гиперергической реакции сенсибилизированного организма к пневмококку, ей типична цикличность течения. При классическом течении в первые 1-2 дня (1 стадия-стадия прилива) отмечаются наряду с выраженными симптомами интоксикации слабое укорочение перкуторного звука с тимпаническим оттенком, ослабление дыхания и непостоянная крепитация. Во 2 стадии (стадия красного опеченения - на 2-3 день) общее состояние больного тяжелое, лицо гиперемировано, на губах герпес, отмечается укорочение перкуторного звука соответственно пораженным долям легких, дыхание бронхиальное, выражена бронхофония. Хрипы не выслушиваются. Отмечается олигурия. На 4-7 день заболевания (3 стадия-стадия серого опеченения) перкуторный звук вновь приобретает тимпанический оттенок, лучше проводится дыхание, дыхание бронхиальное, нарастает бронхофония, появляется крепитация. Температура тела падает критически или литически, кашель усиливается. В стадии разрешения (4 стадия) температура тела снижается до нормы, появляется частый влажный кашель с мокротой, однако характерный для взрослых кашель с ржавой мокротой у детей бывает редко (в основном у детей старшего возраста). Перкуторная тупость постепенно сменяется легочным звуком, дыхание теряет бронхиальный характер, выслушивается множество влажных хрипов в области воспаления, становится жестким, затем везикулярным. В этой стадии еще выслушиваются крепитация и множество влажных хрипов.

Течение крупозной пневмонии часто атипичное. Длительность стадий патологического процесса под воздействием массивной антибактериальной терапии укорачивается.

Рентгенологически при крупозной пневмонии выявляется гомогенное затемнение целой доли (или 2-3 сегментов). Печень часто увеличена, слабо болезненна. В крови нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость нейтрофильных гранулоцитов, ускорение СОЭ. В протеинограмме – диспротеинемия. Средняя продолжительность крупозной пневмонии 7-10 дней.

Осложнения крупозной пневмонии (массивные плевриты, карнификация, абсцесс легкого, перикардит, миокардит, перитонит, менингит, остеомиелит) у детей развиваются редко.

При рано начатом лечении прогноз при крупозной пневмонии благоприятный.

***Интерстициальная пневмония*** является редкой формой, составляет менее 1% всех пневмоний.

Рентгенологически характеризуется следующими чертами (Р.Ленк, 1946 год):

1. Изменение легочного рисунка по типу веретенообразно исходящих от расширенного корня, состоящих из грубых или нежно очерченных полос, в основе которых лежит перибронхиальная инфильтрация и, возможно, наполнение бронхов экссудатом.
2. Сетчатый легочный рисунок в зоне поражения с различной по величине ячеистостью. На фоне этих 2-х видов изменений при развитии очажков ателектазов появляется мелкая пятнистость.
3. Распространенные тяжистые четко очерченные тени с признаками сужения бронха (участки ателектаза)

Этиология различна. У больных интерстициальными пневмониями (по пока еще не выясненным причинам) наблюдается следующая стадийность поражения легких: 1-генерализованный спазм артериол, 2-местный тромбогеморрагический синдром, 3-дефицит сурфактанта и спадение альвеол, приводящее к развитию микроателектазов легких.

Клинические проявления интерстициальных пневмоний позволяют выделить **2 типа их течения**.

*Манифестный, острый тип.* Встречается у детей раннего и дошкольного возраста с явлениями аллергического диатеза. Начинается тяжело, с симптомов нейротоксикоза и ДН (резкая одышка с ЧД до 80-100 в минуту, цианоз носогубного треугольника, цианоз ногтей), лихорадки, в дальнейшем с присоединением частого и мучительного кашля. Катаральные явления в легких неотчетливые: прослушиваются единичные нестойкие высокие сухие хрипы, реже крепитирующие и лишь при присоединении бактериальной инфекции – влажные хрипы. При перкуссии отмечают тимпанит, низкое стояние краев легких, сужение границ относительной сердечной тупости, расширение корней легких (чаще одностороннее). Укорочение перкуторного тона нехарактерно.

Течение тяжелое. Иногда на высоте интоксикации дети умирают вследствие специфического вирусного энцефалита и поражения вирусом внутренних органов. Даже при благоприятном течении заболевания рентгенологические изменения в легких держатся длительно – 6-8 недель и более.

*Малосимптомный, подострый тип*. Наблюдают чаще у детей школьного возраста. После перенесенного ОРЗ у ребенка остаются вялость, повышенная утомляемость, сниженный аппетит, субфебрильная температура тела, жалобы на головную боль, слабость, кашель. Физикальные данные у таких больных скудные: умеренно выраженные признаки интоксикации, одышка при небольшой нагрузке, несколько разряженный легочный тон, иногда расширение корня легкого, единичные сухие хрипы. Однако на рентгенограмме грудной клетки имеются убедительные данные, свидетельствующие об интерстициальной пневмонии.

Исходом интерстициальной пневмонии может быть полное обратное развитие или формирование пневмосклероза.

***Лечение больных острыми пневмониями***

Показания к госпитализации:

1. Жизненные показания, когда необходимы интенсивная терапия, реанимационные мероприятия.
2. Особенности реактивности организма и клинической картины пневмонии, при которых заболевание принимает затяжное течение, то есть имеется угроза развития хронического бронхолегочного процесса.
3. Неблагоприятные жилищно-бытовые условия семьи, неуверенность в выполнении рекомендаций по лечению, отдаленность места жительства.

*Существуют 2 группы больных, которые нуждаются в лечении на базе стационара:*

1. Больные с ДН 2 и 3 степени при любой клинической форме пневмоний, с токсическими и токсико-септическими формами заболевания, также нуждаются в стационарном лечении больные с подозрением на стафилококковую деструкцию легких и плевритами.
2. Больные с сопутствующей патологией (активный рахит 2 и 3 степени, гипотрофия, аномалии конституции) и осложнениями (анемии, гнойный отит, ателектазы, пиурии, диспепсия), новорожденные и недоношенные дети, дети первого года жизни, также при рецидивирующем течении заболевания, при интерстициальных пневмониях, при низком социальном статусе семьи, учитываются психологические особенности родителей.

***Диагностика острых пневмоний.***

Рентгенографическая диагностика состоит в выявлении очаговых или инфильтративных теней, а также их характеристике. При гладком течении повторная рентгенография нецелесообразна, при наличии плевральных осложнений лучевую нагрузку можно сократить, используя эхографию. Последний метод позволяет проводить и скрининг детей, направляемых на рентгенографию с подозрением на пневмонию.

Лабораторная диагностика включает исследование крови и мочи. Лейкоцитоз, сдвиг

лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ являются непостоянными

симптомами, зависящими от этиологии и тяжести пневмонии, нормальная картина

крови не исключает диагноза пневмонии. Для деструктивных форм типичны высокий

уровень С-реактивного белка, следы белка в моче.

Для определения этиологического фактора требуется поиск возбудителя или его антигена во внутренней среде (кровь, моча, плевральный экссудат, пунктат легкого). Высев условно-патогенной флоры из мокроты информативен, по-видимому, лишь для пневмококковой пневмонии. Судить об этиологии по нарастанию титров антител к представителям флоры зева трудно из-за частой поликлональной активации иммунного ответа при разных, в том числе вирусных, инфекциях.

Течение пневмонии, помимо указанных ранее факторов, определяется

своевременностью и адекватностью антибактериального лечения. Наличие

гнойно-некротических очагов, недоступных действию антибиотиков до своего

опорожнения, либо развитие иммунокомплексного процесса (метапневмонический

плеврит) обусловливают при адекватном антибактериальном лечении затяжное

течение заболевания.

***Лечение***

Лечение больных пневмонией на дому целесообразно лишь при нетяжелых, не осложненных формах заболеваний. Врач-педиатр посещает больного на дому ежедневно до стойкого улучшения состояния ребенка, затем через 1-2 дня до полного выздоровления. В первые дни заболевания следует выполнить рентгенограмму грудной клетки, анализы крови и мочи. Режим у ребенка старше 1 года – постельный в течение всего лихорадочного периода. Прогулки с больными детьми рекомендованы через неделю после нормализации температуры тела, причем температура воздуха на начальном этапе должна быть не менее 10-15°С. Питание ребенка должно соответствовать возрасту, быть полноценным. В остром периоде болезни необходима механически и химически щадящая пища. В лихорадочном периоде рекомендуется обильное питье, на 20% больше возрастной нормы.

Антибактериальные средства при острых пневмониях – основа терапии. Достижение

терапевтического эффекта с помощью антибиотиков обрывает процесс микробного воспаления и в большинстве случаев делает ненужными другие лечебные вмешательства.

Оценка эффективности антибактериального лечения играет первостепенную роль в определении тактики лечения. О полной эффективности можно говорить в случае падения температуры тела ниже 38 °С через 12—48 ч от начала терапии (при наличии плеврита через 72 ч), даже при сохранении размеров поражения. О частичной эффективности говорят при сохранении лихорадки свыше указанных сроков, при уменьшении или хотя бы отсутствии прогрессирования инфильтративных изменений в легких (данные повторной рентгенографии) и уменьшении цитоза плеврального экссудата (данные повторной пункции), даже в случае нарастания его объема (метапневмонический плеврит); в этих случаях замена антибиотика нецелесообразна. Полная неэффективность регистрируется при нарастании изменений в легких и (или) плевре —увеличение объема и цитоза экссудата, снижение рН. Ввиду необходимости наблюдения за изменением

температуры тела применение жаропонижающих средств исключено.

Выбор стартового препарата осуществляют с учетом следующих условий. *При внебольничных пневмониях детям первых 6 мес жизни* с фебрильными, очаговыми или инфильтративными формами заболевания назначают ампиокс, активный в отношении кишечной палочки и стафилококков. При его неэффективности надежна комбинация гентамицина (аминогликозид) с цефалоспорином первого или второго поколения в обычных дозах. При «диссеминированных», афебрильных формах препаратом выбора является бисептол, активный в отношении пневмоцист и хламидий, или эритромицин (при уверенности в хламидийной этиологии).

*Для детей в возрасте 6 мес—4 года* ввиду преобладания пневмококка препаратами

выбора являются пенициллин (в суточной дозе 100-150 тыс. ЕД/кг) и ампициллин, активные также в отношении большинства штаммов гемофильной палочки. При неэффективности оправдана их замена линкомицином (при подозрении на микоплазменную или стафилококковую этиологию), гентамицином с цефалоспорином первого поколения (при подозрении на стафилококковую, резистентнуюгемофилюсную этиологию) или эритромицином, олеандомицином при симптомах микоплазмоза. При нетяжелых пневмониях эффективны препараты пенициллина для внутреннего применения, бисептол, макролиды в качестве стартовых препаратов или в качестве замены парентеральных после наступления эффекта. Детям старше 4 лет препарат выбирают по тем же правилам, но с учетом большей вероятности микоплазмоза и редкости гемофильной и стафилококковой этиологии пневмонии.

Детей с внутрибольничной пневмонией, не получавших антибиотики, лечат по

правилам, изложенным ранее. Если до заболевания больной получал пенициллины или макролиды, оправдано введение противостафилококковых средств (линкомицин, цефалоспорин первого поколения, окса- или метициллин). При пневмонии, развившейся на фоне противостафилококкового лечения, показаны гентамицин, цефалоспорины второго-третьего поколения. У получавших ранее гентамицин больных оправдано использование пенициллина (при подозрении не пневмококковую этиологию) или других аминогликозидов, карбенициллина, пиперациллина (при подозрении на резистентную кишечную флору). Дальнейшую смену препаратов в случаях их неэффективности проводят с учетом всего предыдущего лечения.

Эффективен резервный препарат рифампи-цин, активный в отношении полирезистентных кокков и гемофилюса (но не кишечной флоры!). Перед началом лечения крайне важно сделать посев мокроты с определением чувствительности высеянной флоры для последующей коррекции лечения.

Для детей с иммунодефицитом правила выбора препаратов те же, но с учетом возможности необычных возбудителей (пневмоцисты, грибы).

*Пути введения и длительность терапии антибиотиками*. Выбор между оральными и

парентеральными формами препаратов определяется тяжестью пневмонии. Внутривенное введение оправдано при осложненных формах, а также особенно при наличии венозного катетера. В

нетяжелых случаях оправдан быстрый переход на оральные формы по достижении

терапевтического эффекта. Следует отдавать предпочтение схемам введения, обеспечивающим

максимальные пиковые концентрации антибиотиков в крови и тканях — 2-кратное внутримышечное или струйное внутривенное введение, 2—3-кратное введение внутрь.

Длительность терапии не должна намного превышать срок наступления клинического эффекта; при гладком течении достаточен 5—7-дневный курс, хотя есть наблюдения эффективности еще более коротких курсов. При осложненном течении продолжительность курса определяется сроком наступления эффекта и санации полостей деструкции.

*Оральную гидратацию* больного пневмонией проводят с использованием любых жидкостей (морс, отвар, чай и др.). Половину суточной потребности, равной 100—120 мл/кг, восполняют глюкозосолевыми растворами (регидрон, оралит с 90 ммоль/л натрия). Объем внутривенных инфузий не должен превышать 20—30 мл/кг в сутки (антибиотики, щелочь, реополиглюкин, сердечные средства) из-за опасности развития отека легкого (шоковое легкое).

Коррекцию ацидоза и гипокалиемии проводят, как правило, орально; инфузию щелочей

(бикарбонат, лактат) приходится проводить при выраженном метаболическом ацидозе, обычно сопровождающем расстройства микроциркуляции.

*Сердечные средства*: корглюкон, дигоксин или строфантин — вводят при

выраженной тахикардии, сердечной недостаточности. При нарушении

микроциркуляции вводят внутривенно реополиглюкин в дозе 10—15 мл/кг,

внутривенно или подкожно — гепарин (200—300 ЕД/кг при гипер- и 50—100 ЕД/кг

при ги-покоагуляции в сутки), дозу делят на 3—4 введения.

*ДВС-синдром* требует введения свежезамороженной плазмы, борьбы с ацидозом,

микроциркуляторными нарушениями. При бактериальном шоке показаны плазмаферез, введение больших доз кортикостероидов,

*Дыхательная недостаточность* средней степени требует назначения увлажненного кислорода через носовой катетер или под тентом. Вспомогательная вентиляция обычно необходима при

пневмоцистозе и обширных сливных пневмониях с плевральными осложнениями.

Гладкое течение пневмонии делает излишним назначение каких-либо средств, кроме антибиотиков. Эффективность многочисленных средств, рекомендуемых в последнее десятилетие в качестве «стимулирующих», «иммуномодулирующих»,«десенсибилизирующих»,«потенцирующих» не доказана, и их применение на практике оказалось излишним. Назначение средств

неспецифической иммунотерапии (кровь, плазма, иммуноглобулин) оправдано лишь у больных с гнойными процессами, сопровождающимися гипопротеинемией и при врожденном иммунодефиците. Лечение инфекционной анемии у больного пневмонией с помощью инфузий эритроцитной массы неэффективно и нецелесообразно. Применение средств специфической иммунотерапии (иммуноглобулин, плазма с высокими титрами антител к отдельным возбудителям) оправдано при четком установлении этиологического диагноза; возможность существенного повышения титра антител с помощью этих препаратов при используемых дозах (например, к стафилококку) сомнительна.

Применение антипротеаз для предотвращения деструкции показано в первые дни

болезни детям с осложненными формами (очагово-сливная тень, гнойный плеврит с

цитозом более 4000 в 1 мкл, высокий уровень фибринолизина). Их вводят

внутривенно (трасилола 5000—10 000 ЕД в сутки) в первые 2—4 дня болезни. Эффект

не всегда выражен. После опорожнения гнойника их применение нецелесообразно.

При применении антибиотиков (особенно широкого спектра действия) обязательно назначают витамины С, В1,В2 внутрь в дозах, превышающих физиологическую потребность в 4 раза и Лактобактерин. После окончания курса антибиотиков назначают Бифидумбактерин или Бификол.

## *Физиотерапия*

Обязательная составная часть лечения больных острой пневмонией. В остром периоде начинают физиотерапевтическое лечение с применения электрического поля УВЧ, назначают 5-7 сеансов. С успехом применяют микроволновую терапию (СВЧ) – курс 10-12 сеансов. После окончания курса УВЧ и СВЧ проводят 10-15 сеансов электрофореза (с никотиновой кислотой, с растворами хлорида Са и сульфата Сu и др.)

*Фитотерапия*

В остром периоде пневмонии у детей старше 1 года целесообразно применять сборы, содержащие растения, обладающие отхаркивающим и дезинфицирующим свойством.

Также проводят *муколитическую, отхаркивающую и антипиретическую терапию*.

***Организация лечения.*** Детей с гладким течением большинства неосложненных пневмоний можно лечить на дому либо выписывать из стационара по достижении эффекта. При осложненных формах детей выписывают после наступления эффекта даже при наличии остаточных плевральных наложений, сухих булл, повышенной СОЭ, но дальнейшее наблюдение осуществляют в том же стационаре до полного выздоровления. В случае выраженной астенизации желательно пребывание в санатории или дома на щадящем режиме. Занятия спортом, спортивные соревнования разрешают через 4—6 нед после рассасывания патологических очагов в легких.

### Прогноз

При острой пневмонии в случае отсутствия осложнений и сопутствующих заболеваний прогноз благоприятный. Летальность при острых пневмониях менее 1%.