Установить этиологический диагноз помогут и остальные признаки:

1) диагностика мелкопятнистой, как при краснухе, высыпаний в комбинации с лимфаденитом типично для аденовирусной инфекции;

2) местная гипертрофия лимфатических узлов (главным образом подмышечных, надключичных) наталкивает на мысль рака легкого или перифокальную пневмонию;

3) грибковые воспаления легкого комбинируются с поражением слизистых покровов, кожи и ногтей;

4) гепатолиенальный синдром и невыраженная желтуха диагностируются при орнитозных и **Ку-риккетсиозных** воспалениях легких;

5) для классических крупозных (пневмококковых) пневмоний типичен следующий вид пациента: цианотичное лицо с лихорадочным оттенком на стороне воспаления, герпетические сыпи, раздувание крыльев носа при акте дыхания.

На **III** этапе диагностического обследования очень важно регистрация признаков, подтверждающих или опровергающих данную патологию, уточняющих этиологию и специфичность **инфекционного агента**, указывающих на остроту воспаления, состояние иммунологического статуса организма и уровень вовлечения в патологический процесс других органов и систем и появление ближайших и отдаленных осложнений.

Крайне ценным методом, позволяющим уточнить факт воспаления легких и уровень вовлечения в патологический процесс легочной паренхимы, служит рентгенологическое обследование органов грудной клетки. Крупнокадровая флюорография и рентгенография в двух проекциях, производимая в течении нескольких дней или через сутки, позволяют (с учетом клинической симптоматики) уточнить диагноз пневмонии.

В редких случаях по форме **рентгенологических нарушений** можно с некоторой долей уверенности судить о инфекционном агенте, вызвавшем воспаление легких.

Явной сегментарностью поражения паренхимы органа с вовлечением в воспаление пары сегментов (в 60% у больных наблюдается двустороннее воспаление) характеризуются с тафилококковые пневмонии
. Типичным рентгенологическим проявлением их является формирование на 5-7-е сутки от начала инфекции большого количества полостей в легких по типу пневмоцеле, а в последующем — некротических полостей с наличием жидкого содержимого. В отличие от истинных абсцессов форма и количество полостей стремительно изменяются в лучшую сторону.

Долевое поражение в основном служит проявлением **крупозной пневмококковой пневмонии** . Тем не менее, однородное затемнение всей доли или подавляющей ее площади, как правило не соответствующее сегментарному строению легкого, регистрируется и при воспалениях легких, вызванных клебсиеллой. В основном страдает верхняя доля, главным образом правого легкого.

Прочитать еще:

1) Хрониосепсис

2) Проявления актиномикоза

3) Морфология амебиаза