

Пневмонии у детей обычно имеют характер очаговой, а в более раннем возрасте — паравертебральной. Легкие у детей очень богаты лимфатическими сосудами, поэтому воспаление в них распространяется преимущественно лимфогенным путем и носит сливной и сегментарный характер.

У детей воспалительные очаги возникают чаще всего в VI, IX, X сегментах. Благодаря хорошей сократительной способности легких и дренажной функции бронхов даже массивные **пневмонические очаги** в легких у детей быстро рассасываются, и экссудат выделяется с мокротой. Крупозная пневмония у детей до 3—5 лет встречается сравнительно редко, по-видимому, в связи с недостаточной сенсibilизацией организма. У детей наблюдаются острые вирусные респираторные инфекции (грипп и т. д.) дыхательных путей.

Возбудитель определяется в мазках — оттисках со слизистой или в срезах ткани легкого с помощью иммунофлюоресцентной микроскопии, которая выявляет вирусный антиген в ядре или ядрышке спущенных эпителиальных клеток трахей, бронхов и даже выстилки альвеол. В начальной фазе заболевания отмечается пролиферация

[эпителиальных клеток](#)

, их десквамация, сосудистые расстройства. Присоединение вторичной инфекции приводит к очаговой пневмонии. Пневмонии у людей среднего возраста (20—50 лет) как основное заболевание обычно имеют характер крупозной. Очаговые пневмонии, как правило, вторичные и осложняют течение основного заболевания.

Пневмонии у пожилых людей и стариков (50—80 лет) носят характер крупозной и очень опасны для жизни. Очаговые пневмонии нередко имеют характер первичного страдания. В связи с возрастной редукцией лимфатических сосудов легкого пневмонические очаги у стариков плохо рассасываются, легко подвергаются нагноению или карнификации.

Прочитать еще:

- 1) [Акромегалия и гигантизм, как факторы риска резистентных АГ](#)
- 2) [Диагностика СОАС](#)
- 3) [Патологическая анатомия нефрита](#)