

Очаги аспирационной пневмонии возникают в задненижних сегментах и имеют склонность к некрозу и нагноению, так как всегда сопровождаются вторичной инфекцией. Травматическая пневмония развивается после травмы грудной клетки.

При травме возникают рефлекторные нарушения кровообращения в легких, нарушается дыхательная функция легких и дренажная функция бронхов, что создает комплекс условий, способствующих развитию очаговой пневмонии.

Паравертебральная пневмония обычно сливная, разной [этиологии](#). Развивается у новорожденных и детей младшего возраста во II, VI, X сегментах легких, прилежащих к позвоночнику. Пневмония возникает на почве недостаточной аэрации этих отделов легких, что наблюдается особенно часто у ослабленных детей. Легкое остается в состоянии или ателектаза (полное отсутствие расправления легкого после рождения), или дистелектаза (частичное расправление).

Гипостатическая пневмония

развивается на почве застойных явлений у больных, которые долгое время должны лежать на спине при наличии расстройств кровообращения. Застойные явления особенно выражены во II, VI и X сегментах, где и возникают первые признаки [очаговой пневмонии](#), которая обычно сочетается с отеком легких. На разрезе уплотненное пораженное легкое имеет темно-красную окраску, на фоне которой выделяются очажки с сероватым оттенком.

Осложнения очаговых пневмоний в значительной степени зависят от их этиологии, возраста и общего состояния больного. Фокусы пневмонии могут **полностью рассасываться**.

Иногда возникает карнификация (см. выше) или нагноение. Если очаг расположен под плеврой, может развиваться плеврит.

Смерть от пневмонии наступает в тех случаях, когда болезнь принимает распространенный характер, что ведет к гипоксии и аноксемии. Причиной смерти больных может быть нагноение, гнойный плеврит. Особенно опасны для жизни пневмонии в раннем детском возрасте, возникающие у детей при болезнях, приводящих к ослаблению питания.

Прочитать список
8) [Первичные очаги мозга](#)