**Общие сведения о больном:**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата поступления в клинику: 7 марта 2000 года.

Доставлен бригадой скорой помощи.

Диагноз при направлении в стационар: левосторонняя нижнедолевая пневмония

**Жалобы:**

Больной поступил с жалобами на сильную слабость, головную боль. Также больной жаловался на сухой кашель удушающего характера с отделением слизистой мокроты. Мокрота отделялась в небольших количествах. Также больного беспокоили насморк и боли в грудной клетке слева колющего характера, усиливающиеся при кашле.

На момент обследования больной предъявляет жалобы на слабость, головную боль, на сухой редкий кашель с небольшим отделением слизистой мокроты.

**Анамнез заболевания:**

14 февраля 2000 года заболел гриппом. Начало острое, температура тела достигала 38,3 гр. Сразу же присоединился сильный сухой кашель без мокроты. Также присоединился сильный насморк и головная боль. Через несколько дней температура поднялась до отметки 40,3 гр. Через неделю после начала заболевания появилась мокрота слизистого характера в небольших количествах. С 1 марта больной принимал гомеопатические препараты в течение недели и эритромицин с 6 марта. Температура в течение дня составляла 36,7-36,8 гр., но квечеру поднималась до 37,5 гр. 6 марта на приеме в поликлинике по месту жительства больной предъявлял жалобы на сильную слабость, кашель с мокротой слизистого характера, после чего больному в поликлинике сделали рентгенограмму грудной клетки, на которой были выявлены инфильтративные изменения. Больной был доставлен на госпитализацию в клинику СПбГПМА машиной скорой помощи.

**Анамнез жизни:**

Родился 16 апреля 1988 года в семье рабочих.

Мать: Садовникова Л.А., 41 год, домохозяйка

Отец: Cадовников С.А., 43 года, фрезеровщик

Родители здоровы.

Дедушка и бабушка по линии отца умерли от алкоголизма.

Имеет 2-х братьев (8 и 20 лет)

Младший брат – олигофрения

Старший брат – неврологические приступы н/э

Наследственность отягощена по неврологии

Ребенок от 4 беременности; токсикоз 1 половины беременности; роды срочные

Вес при рождении 3550, длина тела 52 см, выписан на 5 день

Находился на грудном вскармливании до 8 месяцев.

БЦЖ в роддоме.

Прививки по возрасту.

*Перенесенные заболевания*:

Краснуха.

СПИД, туберкулез, гепатит и венерические заболевания мать отрицает.

В 1,5 года – травма глаза.

*Аллергический анамнез*: не отягощен. Лекарства переносит все.

Переливаний крови, контакта с туберкулезными и лихорадящими больными не было.

Проживает в 3-х комнатной квартире с матерью, отцом и 2 братьями.

Живет в одной комнате со старшим братом.

Исходя из анамнеза болезни, можно предположить, что у больного на фоне перенесенного гриппа возникло осложнение – пневмония.

Жалобы подтверждают это преположение, такие как сухой кашель со слизистой мокротой, колющие боли в грудной клетке слева, усиливающиеся при кашле.

**Данные объективного обследования:**

**Общий осмотр**:

Рост 152 см.

Вес 42 кг.

Окружность головы 54 см.

Окружность грудной клетки – 73 см. (на вдохе – 78, на выдохе – 71)

Окружность плеча 22 см одинаково справа и слева.

Окружность голени 31 см одинаково справа и слева.

Окружность бедра 43 см одинаково справа и слева.

Среняя точка тела на бедре.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Рост 152 см | 150 +- 10 см | Рост соответствует возрасту | 4 |
| Вес 42 кг | 40 +- 10 кг | Масса соответствует росту | 4 |
| Окружность груди 73 см | 69 +- 3,5 см | Соответствует росту | 4 |
| Окружность головы 54,5 см | 54,2 +- 2,5 см | Соответствует росту | 4 |

Развитие гармоничное. Мезосоматотип.

Заключение:

Физическое развитие соответствует возрасту, рост соответствует возрасту, масса соответствует росту и возрасту. Физическое развитие гармоничное. Мезосоматотип. Средний уровень физического развития.

Половая формула.

V P L Ax F

Развитие по изосексуальному типу, соответствует паспортному возрасту.

Заключение:

Биологический возраст соответствует паспортному. Вследствие локализации средней точки тела на бедре можно сделать вывод, что данный период по Штрацу соответствует периоду второго вытяжения.

Состояние удовлетворительное, положение активное. Сознание ясное, конституция нормостеническая.

Настроение ровное, на вопросы реагирует адекватно.

Ширина глазных щелей одинакова. Косоглазия нет. Симптомы Кернига и Брудзинского отрицательны.

Кожа нормальной окраски, эластичная. Влажность сохранена. Высыпаний нет. Ногти и волосы без изменений. На коже имеются единичные невусы. Симптомы щипка, жгута и молоточка отрицательны. Дермографизм красный, быстрый, стойкий, локальный, неразлитой.

Тургор тканей в норме.

Видимые слизистые и склеры чистые, нормальной окраски, без высыпаний, влажность сохранена.

Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворительно, распределена равномерно. Толщина складки под углом лопатки - 1 см. Отеки - на ногах отсутствуют. При постоянном горизонтальном положении не образуются.

Периферические лимфоузлы:

Затылочные, заушные, поднижнечелюстные, подподбородочные, переднешейные, заднешейные, надключичные, подключичные, кубитальные, подколенные - не пальпируются. Подмышечные, паховые, подчелюстные пальпируются: единичные, 7-8мм., эластичные, безболез-ненные, не спаяны с кожей и с окружающими тканями. Кожа над ними не изменена.

Мышечная система развита достаточно, равномерно, симметрично. Тонус мышц в норме. При пальпации мышцы безболезненны, уплотнений не обнаружено. Форма головы, грудной клетки, позвоночника и конечностей - нормальная.

Кости при пальпации и перкуссии безболезненны. Форма их не изменена.

Суставы нормальной конфигурации.

Движения в суставах - в полном объеме, безболезненные. Кожа над суставами не изменена.

**Сердечно-сосудистая система:**

PS – 64 уд/мин

ЧСС – 64 уд/мин

Верхушечный толчок определяется в 5 межреберье, на среднеключичной линии. Патологической пульсации сосудов в области шеи и в эпигастрии не наблюдается.Видимой пульсации сердца нет.

*Пульс* - ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, одинаков на обеих руках. Дефицит пульса отсутствует.

Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 0,5 см кнутри по среднеключичной линии, средней силы, площадью 1,5 см., приподнимающий.

Границы сердца: справа - по правому краю грудины, слева – в 5 м/р на средне-ключичной линии, сверху - по 3 ребру. Пульсация периферических артерий сохранена.

Аускультация: Тоны ритмичные, ясные, звучные. Пропорции сохранены.

Артериальное давление:

На правой руке – 100/60

На левой руке – 100/60

**Дыхательная система:**

Голос в норме.

ЧД – 32 /мин

Дыхание носом. Тип дыхания - смешанный. Одышка отсутствует.

Форма грудной клетки - нормальная, нормостеническая, симметричная.

Грудная клетка симметричная, при пальпации безболезненна.

Голосовое дрожание проводится одинаково над всей поверхностью легких.

При сравнительной перкуссии:

перкуторный звук ясный легочный, небольшое притупление слева в нижнем отделе.

При топографической перкуссии легких:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Легкое | Пер.подм линия | Средн.подм линия | Задн.подм. линия | Лопаточная линия |
| Левое  Правое | -  6 | 7  7 | 8  8 | 9  9 |

Подвижность легочного края – 6 см.

Аускультация легких: дыхание везикулярное. Жесткое и ослабленное в нижнем отделе левого легкого.

Бронхофония отрицательна. Симптом Домбровской и Д’Эспина на 4 гр. позвонке отрицательные.

Симптомы Кораньи на 4 гр позвонке, «чаши Философова» отрицательны , внутригрудные лимфоузлы не увеличены.

**Желудочно-кишечный тракт:**

Слизистая полости рта влажная,чистая, без высыпаний.

Язык нормального цвета, влажный, без налета.

Десны без патологических изменений.

Живот симметричен, округлой формы, симметрично участвует в акте дыхания, видимая перистальтика отсутствует.

Поверхностная пальпация: живот мягкий, безболезненный.

Симптомы Георгиевского-Мюсси, Мерфи, Ортнера отрицательные. Точки Керра, Мейо-Робсона, Опенховского безболезненны.

Нижний край печени пальпируется по краю реберной дуги, гладкий, эластичный, безболезненный.

Размеры печени по Курлову: 8\*7\*6 см.

Селезенка не пальпируется. Перкуторные размеры селезенки: 6\*4 см.

Глубокая пальпация толстого кишечника безболезненна.

Стул без патологии.

Зубная формула:

|  |  |
| --- | --- |
| 7 321 | 1234 К |
| 7К 321 | 1234К6 |

**Мочевыделительная система:**

Мочеиспускание регулярное, безболезненное.

Почки не пальпируются.

Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон.

Мочеточниковые точки безболезненные.

**Эндокринная система:**

Пропорции туловища и конечностей соответствуют возрасту.

Половое развитие соответствуют возрасту. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно. Щитовидная железа не увеличена, уплотнения и новообразования не пальпируются. Симптомы Хвостека, Люста, Труссо отрицательны.

**Органы чувств:**

Зрение в норме.

Слух в норме. Видимых патологий и изменений не наблюдается.

Обоняние и вкус не нарушены.

**Заключение:**

На основании объективного обследования можно предположить о наличии у больного поражения дыхательной системы. Об этом свидетельствуют изменения аускультативной картины, а также изменение перкуторного звука в зоне поражения.

**Результаты лабораторного и инструментального**

**исследования и их оценка:**

***Рентгенография (7-03-2000):***

На рентгенограмме органов грудной полости в легких слева в нижней доле базальные сегменты крупноочаговая пневмоническая инфильтрация. Справа усилен легочный рисунок. Корни дифференцируются. Средостение не изменено.

#### *Соскоб на энтеробиоз 9-03-2000*

Яйца остриц не обнаружены.

#### *Анализ кала 9-03-2000*

Яйца глистов не обнаружены.

#### *Анализ мочи 9-03-2000*

|  |  |
| --- | --- |
| Количество | 100 |
| Цвет | Желтый |
| Реакция | Кислая |
| Уд. Вес | 1023 |
| Прозрачность | слабо мутная |
| Белок | следы |
| Сахар | нет |
| Диазореакция | 9/3 |

Микроскопия осадка

|  |  |
| --- | --- |
| Эпителиальные кл. |  |
| плоский | В неб. кол-ве |
| Лейкоциты | 4-5 в п/з |
| Эритроциты | ед в п/з |
| Соли оксалаты | + |

***Клинический анализ крови(9-03-2000):***

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты | 4,4\*1012 |
| Hb | 124 г/л |
| ЦП | 0,85 |
| Тромбоциты | 205\*109 |
| Лейкоциты | 4,2\*109 |
| Базофилы | 1 |
| Нейтроф. сегм. | 45 |
| Лимфоциты | 48 |
| Моноциты | 6 |
| Сверт крови по Сухареву | 3’26” |
| РОЭ | 8мм/ч |

Заключение:

Все показатели не выходят за пределы нормы, но изменения на рентгенограмме позволяют сделать вывод о поражении дыхательной системы, конкретнее левого легкого (рентгенограмма от 7-03-2000).

**Дневник курации:**

15-03-2000

PS-64

##### ЧСС-64

ЧД-32

АД-100/60

t утро 36,5

вечер 36,6

Больной предъявляет жалобы на слабость, а также на редкий кашель с небольшим количеством слизистой мокроты. Состояние удовлетворительное, положение активное. Сознание ясное. Видимые слизистые и склеры чистые, нормальной окраски, без высыпаний, влажность сохранена. Пульс - ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, одинаков на обеих руках. Дефицит пульса отсутствует. Аускультативно тоны ритмичные, ясные, звучные. Пропорции сохранены. Одышка отсутствует. При сравнительной перкуссии легких:

перкуторный звук ясный легочный, небольшое притупление слева в нижнем отделе. При аускультации легких: дыхание везикулярное, жесткое и ослабленное в нижнем отделе левого легкого Язык нормального цвета, влажный, без налета. Поверхностная пальпация: живот мягкий, безболезненный. Глубокая пальпация толстого кишечника безболезненна. Мочеиспускание регулярное, безболезненное. Стул без патологии.

16-03-2000

PS-75

##### ЧСС-75

ЧД-34

АД-105/70

t утро 35,8

вечер 36,4

Больной предъявляет жалобы на слабость, а также на редкий кашель без мокроты. Состояние удовлетворительное, положение активное. Сознание ясное. Видимые слизистые и склеры чистые, нормальной окраски, без высыпаний, влажность сохранена. Пульс - ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, одинаков на обеих руках. Дефицит пульса отсутствует. Аускультативно тоны ритмичные, ясные, звучные. Пропорции сохранены. При сравнительной перкуссии легких:

перкуторный звук ясный легочный, небольшое притупление слева в нижнем отделе. При аускультации легких: дыхание жесткое и ослабленное в нижнем отделе левого легкого, над остальной поверхностью легких везикулярное. Язык нормального цвета, влажный, без налета. Поверхностная пальпация: живот мягкий, безболезненный. Глубокая пальпация толстого кишечника безболезненна. Мочеиспускание регулярное, безболезненное. Стул в норме.

17-03-2000

PS-72

##### ЧСС-72

ЧД-32

АД-105/60

t утро 36,0

вечер 36,4

Больной предъявляет жалобы на на редкий сухой кашель без мокроты. Состояние удовлетворительное, положение активное. Сознание ясное. Видимые слизистые и склеры чистые, нормальной окраски, без высыпаний, влажные. Пульс - ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, одинаков на обеих руках. Дефицита пульса нет. Аускультативно тоны сердца ритмичные, ясные, звучные. Пропорции сохранены. При сравнительной перкуссии легких: перкуторный звук ясный легочный, небольшое притупление слева в нижнем отделе. При аускультации легких: дыхание везикулярное, жесткое и ослабленное в нижнем отделе левого легкого Язык нормального цвета, влажный, без налета. Поверхностная пальпация: живот мягкий, безболезненный. Глубокая пальпация толстого кишечника безболезненна. Мочеиспускание безболезненное. Стул в норме.

**Диагноз:**

Основной: очаговая левосторонняя нижнедолевая пневмония.

Осложнения: -

Сопутствующие: -

**Дифференциальный диагноз:**

|  |  |
| --- | --- |
| Свойственно пневмониям | Не свойственно пневмониям |
| Температура выше 38 гр в течение 3 дней.  Цианоз.  Стонущее дыхание.  Тахикардия.  Одышка без обструкционного синдрома.  Кашель.  Локальные симтомы:   * Влажные хрипы * Жесткое или ослабленное бронхиальное дыхание * Бронхофония * Укорочение перкуторного звука над очагом поражения * Нейтрофильный лейкоцитоз выше 10\*109 * СОЭ выше 20 | Температура ниже 38 гр менее 3 дней.  Обструктивный синдром.  Отсутствие кашля.  Рассеяные сухие и влажные хрипы.  Нормальная картина крови. |

Дифференциальный диагноз пневмоний проводят прежде всего с бронхитами и бронхолитами. Пневмонии необходимо также дифференцировать с нарушеничми проходимости дыхательных путей ( инородное тело, аспирация, иногда ларингоспазм, бронхоспазм, пороки развития гортани), плевритами, туберкулезом, поражениями легких при гельминтозах, а крупозную ( и вообще нижнедолевую ) - с аппендицитом, непроходимостью, перитонитом, менингитом.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Сходство с пневмонией | Различие |
| Острый простой бронхит | Повышение температуры.  Одышка.  Цианоз.  Головная боль.  Слабость.  Ринит.  Сухой кашель, который через 4-6 дней становится влажным со слизистой мокротой.  Болезненность внизу грудной клетки усиливается при кашле.  Жесткое дыхание.  Влажные среднепузырчатые хрипы.  Умеренное СОЭ и лейкоцитоз.  Уменьшение показателей легочной вентилляции. | Саднение в горле.  Хриплый голос.  Трахеит, саднение и боль за грудиной.  Ясный легочный звук.  На рентгене грудной клетки: симметричное усиление легочного рисунка в прикорневых и нижнемедиальных зонах.  Лейкопения. |
| Острый бронхиолит | Ринит.  Назофарингит.  Вялость.  Раздражительность.  Сухой переход во влажный кашель с небольшим количеством слизистой мокроты.  Одышка.  Раздувание крыльев носа.  Напряжение грудинноключичнососцевидных мышц.  Бледность.  Периоральный цианоз.  Тахикардия.  Диафрагма опущена.  Тоны сердца приглушены.  Мелкопузырчатые хрипы и крепитация.  Увеличено СОЭ.  Лейкоциты в норме или снижены. | Субфебрильная или нормальная температура.  Грудная клетка расширена в переднезаднем направлении.  Перкуторный звук с коробочным оттенком.  Дистанционные хрипы.  На рентгене грудной клетки: повышенная прозрачность легочных полей, особенно на периферии уплотнение легочной ткани, носливные инфильтративные тени отсутствуют. |
| Аппендицит | Боли в подвздошной области, распространяющиеся в пупочную область: могут быть боли в правом подреберье.  Рвота.  Понос.  Снижение аппетита.  Учащеный пульс.  Лейкоцитоз со сдвигом влево.  Повышенное СОЭ. | Локальная болезненность в аппендикулярной точке, болезненный симптом Щеткина – Блюмберга, симптом Ровзинга, симптом Ситковского.  На рентгене грудной клетки: отсутствуют инфильтративные изменения. |
| Туберкулез | Слабость.  Потливость.  Лихорадка.  Одышка.  Сухой кашель, иногда может быть кашель с выделением мокроты. | Увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов.  Туберкулиновые пробы значительно выражены.  На рентгене грудной клетки: выявление симптома биполярности в виде небольшого фокуса или сегмента, увеличение внутригрудных лимфоузлов в корне легкого, могут быть рассеянные очаги. |

**Этиология и патогенез:**

У детей в большинстве случаев этиология пневмоний инфекционная. Чаще всего острая пневмония возникает у ребенка, переносящего ОРВИ, на первой неделе болезни. Вирусная инфекция, предшествующая пневмонии, снижая иммунологическую активность организма и вызывая некротические изменения эпителия дыхательных путей (т.е. уменьшая барьерную способность их слизистой оболочки), как бы протравливает организм, подготовляя путь для наслоения бактериальной инфекции и развития пневмонии. В работах последних лет показана доминирующая роль пневмококка в этиологии пневмоний, начавшихся не в стационаре. У детей при острых пневмониях в конце первой недели болезни в бронхиальных секретах обнаруживается пневмококк или его антигены, высокий титр антител обнаружен у 95% больных. Причем, у 75% больных это была бактериальная моноинфекция, а в остальных случаях – сочеталась с гемофильной, стафилококковой флорой. У 10-20% детей, больных пневмонией возбудителями ее являются Mycoplasma pneumoniae или Chlamydia psitaci, pneumoniae. Тяжелые пневмонии, как правило, обусловлены смешанной флорой. Пневмония – типический инфекционный процесс.

Входные ворота – верхние дыхательные пути. Путь распространения – бронхогенный, редко – лимфогенный, гематогенный. В легких – распространение – лимфогенно и через межальвеолярные поры Кона и гематогенно.

Микроорганизм с частицей слизи попадает в мелкие бронхиолы, проявляются первые признаки воспаления, вовлекается альвеолярная ткань и интерстиций сосудов. Под влиянием м/о и их токсинов происходит повреждение клеток, освобождение и активация системы коплемента, различных групп медиаторов. В результате сложного взаимодействия медиаторов повышается проницаемость клеточных мембран и сосудистой стенки, возникает отек интерстициальной ткани и лейкоцитарная инфильтрация, что способствует образованиюэкссудата в альвеолах. Изменение стенок микрососудов, агрегация тромбоцитов и эритроцитов приводит к расстройству микроциркуляции и нарушению перфузии пораженных участков. Экссудат снижает дыхательную поверхность, а обструкция бронхиол секретом и отеком их стенок затрудняет вентилляцию на пораженном участке. Отек интерстиции и лейкоцитарная инфильтрация способствуют возникновению рестриктивных расстройств, недостаточности внешнего дыхания и, как следствие, гипоксемии, которая стимулирует дыхательный центр, возникает одышка со сниженной глубиной дыхания, повышаются затраты на работу дыхательной мускулатуры, увеличивается потребность в кислороде, что приводит к выбросу КА. КА усиливают сердечную деятельность, что увеличивает затраты миокарда. Все это на фоне гипоксемии и повышенного давления в малом круге может привести к энергетически-динамической сердечной недостаточности. Также в результате влияния токсинов на сосудистую стенку, клетки крови и белки плазмы происходит сгущение крови, ишемия, что приводит к расстройству системной микроциркуляции и нарушению тканевого метаболизма, т.о. возникает ацидози тканевая гипоксия. При тяжелом течении проявляется ДВС-синдром.

**Лечение:**

1. ***Организация режима***

В больницах следует помещать детей в отдельные боксы для предупреждения перекрестного инфицирования.

1. ***Диета***
2. ***Лечение дыхательной недостаточности*.**

Основой лечения является создание микроклимата и поддержание свободной проходимости дыхательных путей. При дыхательной недостаточности 1 степени и в период реконвалесценции достаточно систематически проветривать палаты. При дыхательной недостаточности 11 степени и более тяжелых степеней требуется обязательный постоянный микроклимат с атмосферой, обагащенной кислородом. Оптимальным методом оксигенотерапии является спонтанная вентиляция обагащенной кислородом газовой смесью с положительным давлением в конце выдоха.

1. *Антибиотикотерапия*

а) Детям старше 6 мес. Назначают пенициллин в суточной дозе 100 000 - 150 000 ЕД/ кг;

б) Детям с аллергией к пенициллину или недавно получавшим его назначают цефалоспорины 1 , 11 поколения или макролиды.

â) Новорожденным и детям первого полугодия жизни, заболевшим впервые и дома, лечение начинают с ампиокса или цефалоспоринов 11 поколения в сочетании с аминогликозидами.

г) У ослабленных детей с сопутствующим заболеваниями- ампициллин или ампиокс в сочетании с гентамицином.

д) Если есть результаты бактериоскопии бронхиального содержимого или макроты , антибиотики подбираются индивидуально.

1. *Профилактика осложнений антибиотикотерапии.*

Обязательное назначение витаминов, при длительном применении а/б- лактобактерин, по окончании курса а/б - бифидумбактерин или бификол, у иммунокомпромиссных больных - 3-дневный курс дифлюкана.

1. *Физиотерапия.*

а) УВЧ

б) Электрофорез с никотиновой кислотой ( с положительного полюса, а аскорбиновой кислоты с отрицательного полюса) , магния по Вермелю, кальция, меди ( 2-5% растворы хлорида кальция или сульфата меди).

7. *Лечебная физкультура*

**Диспансерное наблюдение.**

Дети с затяжным лечением пневмоний находятся под совместным диспансерным наблюдением педиатора и пульмонолога поликлиники. Длительность и порядок чередования курсов физиотерапии, стимулирующей терапии , витаминотерапии, аэрозольтерапии определяются индивидуально. В дальнейшем целесообразность назначения комбинированных курсов лечения зависит от состояния ребенка. Необходимо своевременное обнаружение и лечение больных респираторными заболеваниями в семье, что способствует более быстрому выздоровлению и предупреждает повторное инфицирование ребенка.

**Осложнения:**

1. **ТОКСИКОЗ**

Тяжелая реакция организма ребенка на инфекцию, чаще смешанную, вирусно-бактериальную. Токсикоз представляет собой сочетание инфекционно-токсического шока и поражения мозга , что обусловлено тропностью вирусрв к гипоталамической области, т.е. к центрам вегетативной иннервации. Это вызывает гиперсимпатиконию, поддерживает централизацию кровообращения, типичную для шока.

1. **РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ ВЗРОСЛЫХ**

Характеризуется рефрактерной гипоксемией, неустраняемой при гипероксической пробе , рнтгенологическими признаками интерстициального и альвеолярного отека легких. Клинически он характеризуется бледностью кожных покровов с мраморным рисунком , серым или землистым оттенком, цианозом, резкой одышкой с поверхностным , стонущим, кряхтящим дыханием, тахикардией, увеличением размеров печени, неврологическими расстройствами, недостаточностью периферического кровообращения, геморрагическим синдромом, полиорганной недостаточностью с олигурией или анурией.

1. **СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ НАРУШЕНИЯ.**

Они обусловлены:

а) Гиперсимпатикотонией, а отсюда - спазмом прекапиллярных сфиннктеров артериол малого круга кровообращения и артериоло-венулярным шунтированием, шунтово-диффузионной гипоксией, высоким сосудистым периферическим сопротивлением в легких.

б) Энергетически-динамической недостаточностью сердца на фоне гипоксии, токсикоза и обменных расстройств.

г) Изменениями периферического сосудистого сопротивления.

д) Изменениями гемореологии и объема циркулирующей крови и ее компонентов.

1. **ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ**

а) Внутрилегочные

б) Внелегочные

**Прогноз:**

Для жизни – благоприятный. В результате проводимой терапии состояние больного заметно улучшилось.

Для здоровья – сомнительный, так как возможно были обструктивные изменения в бронхиолах, что может ухудшить в дальнейшем вентилляцию данного участка.

Для работоспособности – благоприятный.

**Список использованной литературы:**

1. Болезни органов дыхания у детей, Рачинский С.В., Таточенко В.К., Москва, 1988.
2. Детские болезни, Шабалов Н.П., С-Пб, 2000.
3. Анализы крови и мочи, Данилова Л.А., С-Пб, 1999.
4. Антибактериальное лечение пневмоний у детей, Таточенко В.К., Педиатрия, 1980.
5. Клиническая педиатрия, Бр. Братанов, София, 1980.