

УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ

Кафедра дитячої хірургії з травматологією та
ортопедією

ГНІЙНО-СЕПТИЧНА ПАТОЛОГІЯ У ДІТЕЙ

доц. Гриценко Є.М.

План лекції

1. Гостра деструктивна пневмонія (ГДП), внутрішньо-легеневі форми.
2. Гостра деструктивна пневмонія (ГДП) (легенево-плевральна форма): піоторакс, піопневмоторакс, пневмоторакс.
3. Класифікація, етіопатогенез, діагностика, консервативне, інструментальні і хірургічне лікування.
4. Гострий гематогенний остеомієліт
5. Метаепіфізарний остеомієліт новонароджених
6. Етіопатогенез, класифікація, клініка, особливості діагностики, принципи лікування, особливості хірургічних втручань у дітей різних вікових груп, профілактика ускладнень.

Гострий гематогенний остеомієліт

- **Гострий гематогенний остеомієліт** – гостре запалення кісткового мозку, яке характеризується втягненням в патологічний процес всіх елементів кістки та нерідко генералізацією процесу.
- **Гострий гематогенний остеомієліт** – хвороба переважно дитячого віку(80-90%), “ організму, що росте ”, найбільша частота захворюваності припадає на 8-11 років (30%). Хлопчики хворіють в 1,5-2 рази частіше, ніж дівчатка

Найчастіше вражаються довгі трубчасті кістки (70-80%), пласкі кістки (10-15%), короткі трубчасті кістки (5-8%).

Найчастіше остеомієліт розвивається в кістках нижніх кінцівок -60%, верхніх кінцівок – 20%.

50% всіх уражень припадає на стегнову та великогомілкову кістки, далі йдуть плечова та малогомілкова кістки.

З пласких кісток найчастіше вражаються кістки тазу, верхньої та нижньої щелепи, лопатка, кістки черепа, хребці.

Гострий гематогенний остеомієліт звичайно розвивається на фоні зниження неспецифічної резистентності та передуючій сенсibiliзації організму при наступній дії на нього інфекційного збудника, що обумовлює початок запалення, викликаючи потім порочне коло патологічних реакцій: порушення мікроциркуляції, розвиток внутрішньокісткової гіпертермії та гіпертензії з реалізацією в остеомієліт

Анатомічні особливості будови та кровопостачання кісток у дітей:

- Значно розвинена сітка кровоносних судин
- Автономність кровопостачання епіфізу, метафізу та діафізу
- Велика кількість мілких розгалужень судин, що йдуть радіарно через епіфізарний хрящ до ядра окостеніння.

У дітей 2 перших років життя переважає епіфізарна система кровопостачання, метафізарна починає розвиватися після 2 років. Епіфізарна та метафізарна системи обособлені, але між ними є анастомози. Загальна судинна система утворюється тільки після окостеніння зони епіфізарного росту

Класифікація

Клінічні форми.

Генералізована форма:

-токсична

-септикопіємічна

Місцева(вогнищева) форма.

- **Стадії та фази** гематогенного остеомієліту

1. Гостра стадія.

- Інтрамедулярна фаза.
- Екстрамедулярна фаза.

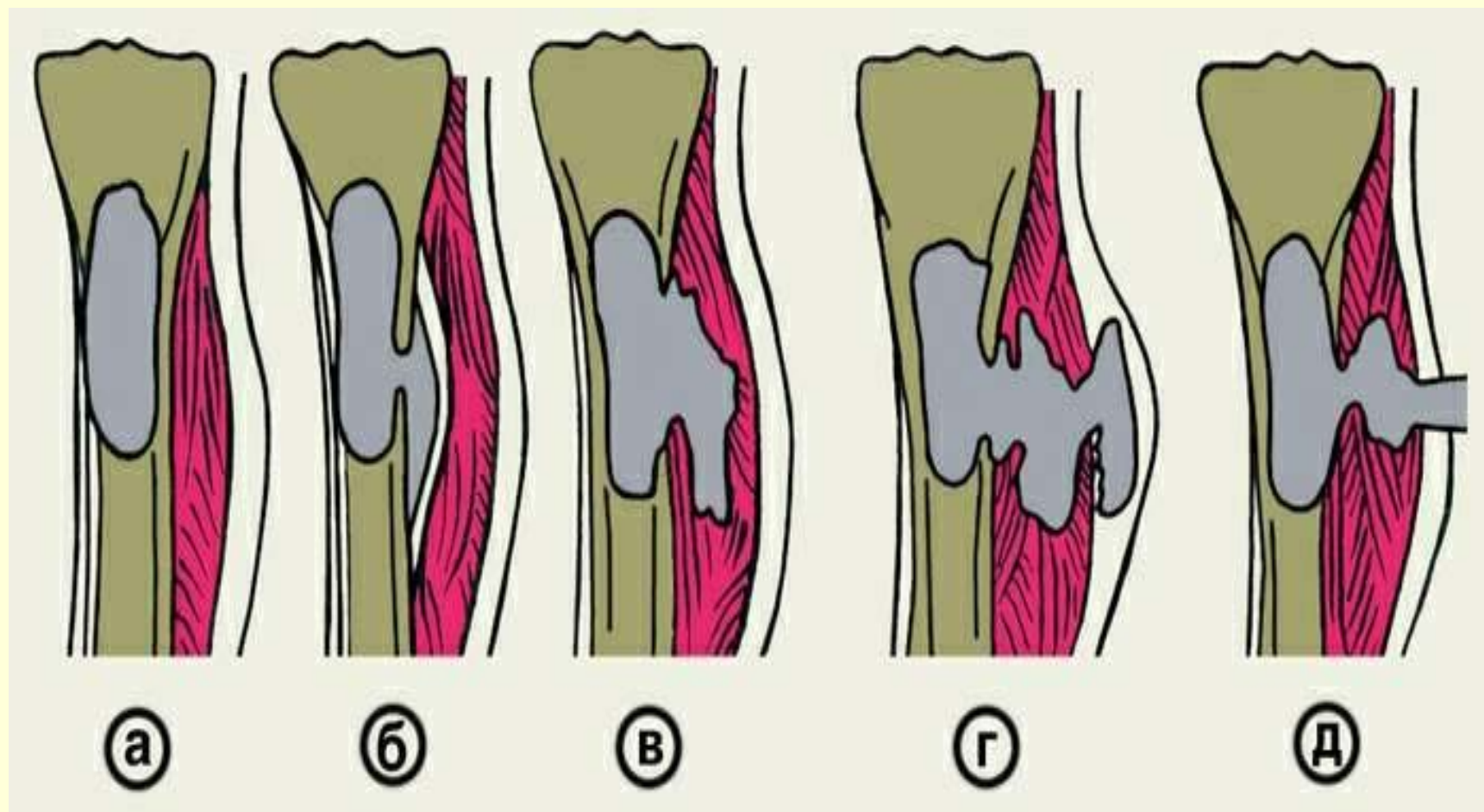
2. Підгостра стадія.

- Фаза одужання.
- Фаза процесу, що продовжується.

3 Хронічна стадія.

- Фаза загострення.
- Фаза ремісії.
- Фаза одужання.

Фази гострої стадії гематогенного остеомієліту



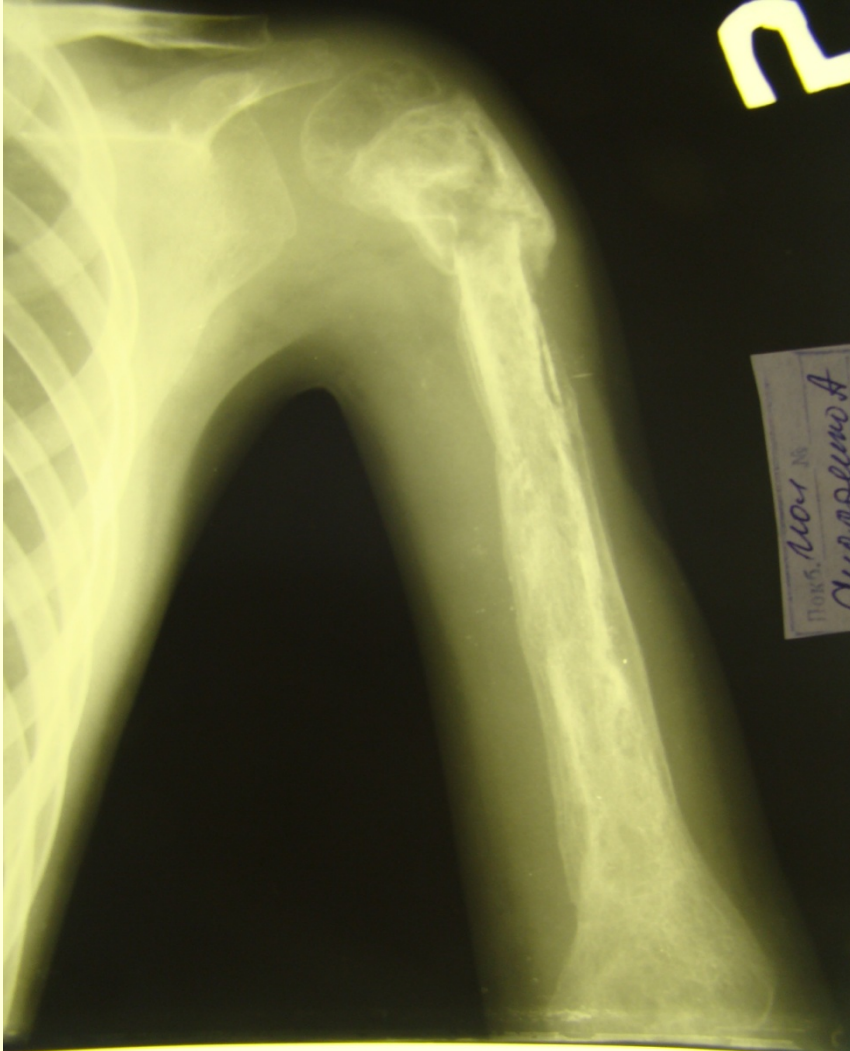
Діагностика гострого гематогенного остеомієліту

- Вимірювання внутрішньокісткового тиску
- Норма 80-100 мм вод. ст.
- При ОГО підвищується до 200-400 мм вод. ст
- Типові рентгенологічні ознаки ОГО з'являються на 10-14 добу захворювання: вогнищевий остеопороз, плямистість та неомогенність структури кістки, ділянки деструкції, що містять секвестри, періостальна реакція

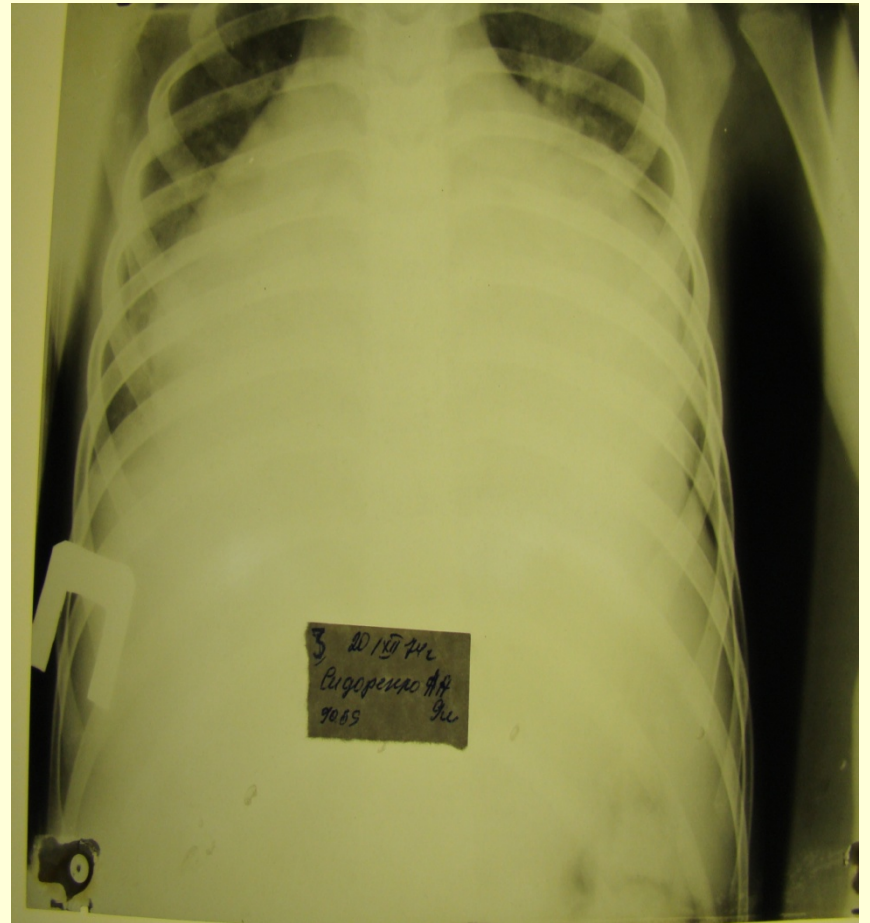
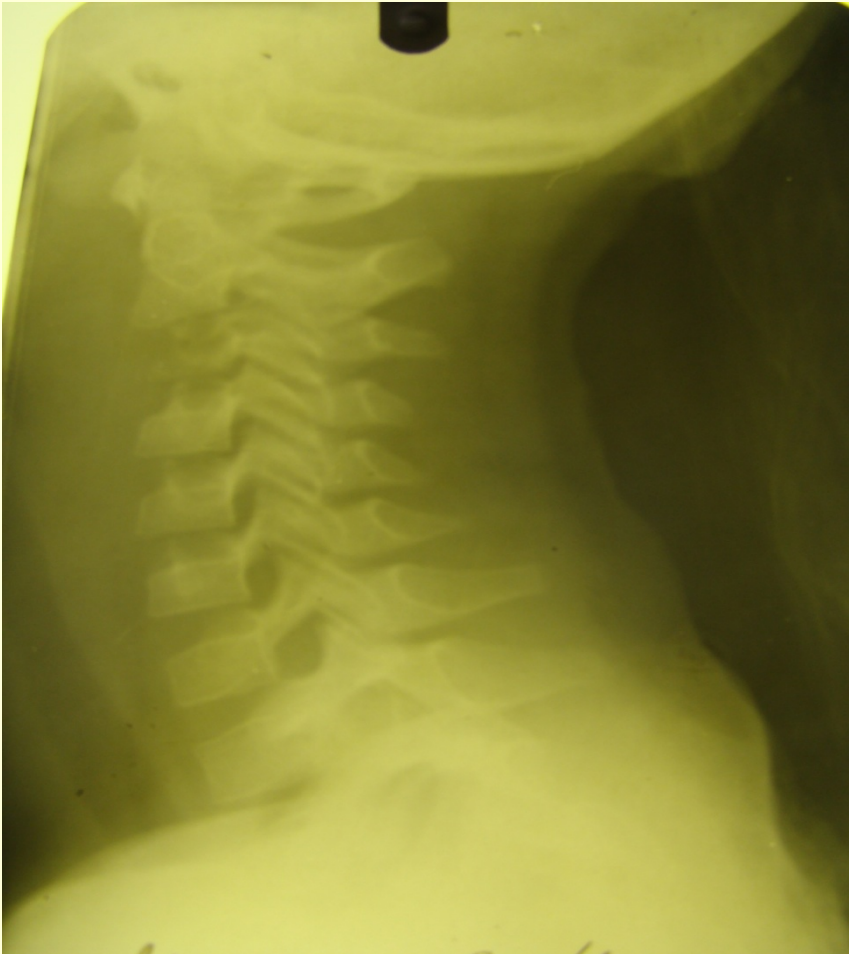
Рентгенологічні ознаки ОГО



Рентгенологічні ознаки ОГО



Рентгенологічні ознаки ОГО



Рентгенологічні ознаки ОГО



Диференційна діагностика

- Флегмона м'яких тканин, гематома, що нагноїлася
- Ревматизм- хворіють діти середнього та старшого віку, “летюча” біль у суглобах, зміни міокарду(ЕКГ), локалізація болі безпосередньо над суглобом, покращення під впливом специфічного лікування
- Туберкульоз кісток – починається підгостро, без вираженої загальної реакції, повільний розвиток місцевих змін. С-м Александрова, атрофія м'язів. На рентгенограмах – остеопороз (с-м “цукру, що тане”), відсутній периостит, центральне розташування вогнища, ураження епіфізу та суглобу (розширення суглобової щілини)
- Злоякісні новоутворення – саркома Юінга – вражає діафізи довгих трубчастих кісток. Рентгенологічно – цибулинчастий периостит, веретеноподібне потовщення діафізу, звуження кістково мозкового каналу. Остеогенна саркома – локалізується в метепіфізарній зоні, швидко руйнує кістку, відшаровує окістя(с-м “козирка”), голчастий периостит (спікули)



Гостра деструктивна пневмонія

- Гостра деструкція легень, гостра деструктивна пневмонія (до 15% серед пневмоній) - важке інфекційно-запальне захворювання легень, що характеризується запальною інфільтрацією з наступним гнійним розпадом (деструкцією) легеневої паренхіми в результаті патологічної дії неспецифічних, патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів. Важкий перебіг цього захворювання протікає з утворенням внутрішньолегеневих порожнин і схильне до ускладнень: розвитку гнійно-запального процесу в плеврі, патологічним змінам у життєво важливих органах і важкому порушенні гомеостазу.
- Ускладнення напруженням були виникає в 7-9% у хворих із ГДП, а серед легенево-плевральних форм ГДП на першому місці піопневмоторакс – 40-43%, піоторакс – 25-27%.

Класифікація ГДП (М.К. Рокицький, 1970)

I. первинне ураження (аеробронхогенний шлях інфікування)

- а) первинне (ускладнення бактеріальної пневмонії)
- б) умовно-первинне - природжені вади розвитку легенів, муковісцидоз, респіраторно-вірусна інфекція

II. Вторинне ураження (гематогенний шлях інфікування).

- **Форми:**

Переддеструктивні стани:

- а) мікробна пневмонія (стафілококова, стрептококова, протеїна, синьогнійна)
- б) гострий лобіт.

ГДП – легенева форма

- а) дрібно-вогнищева множинна деструкція
- б) внутрішньолегенева деструкція
- в) гігантський кортикальний абсцес
- г) бульозна форма деструкції

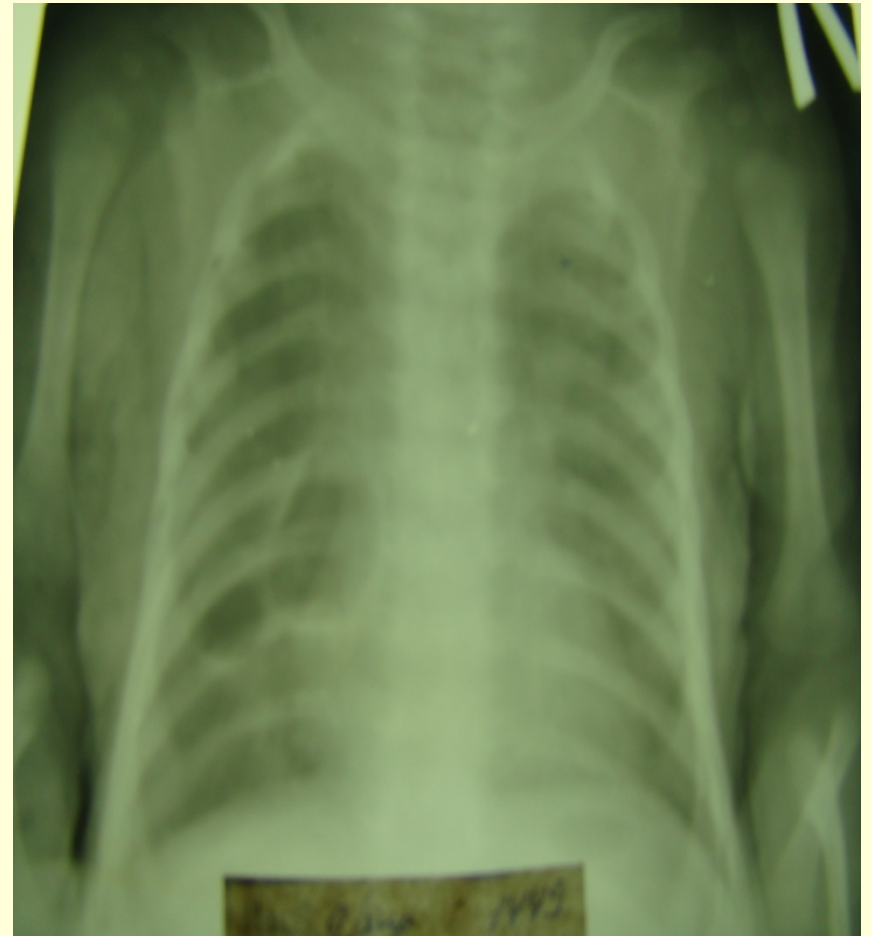
ГДП – легенево-плевральна форма:

- а) піоторакс (обмежений, тотальний, плащеподібний)
- б) піопневмоторакс (простий, напружений, обмежений, тотальний)
- в) пневмоторакс (простий, напружений, обмежений, тотальний)

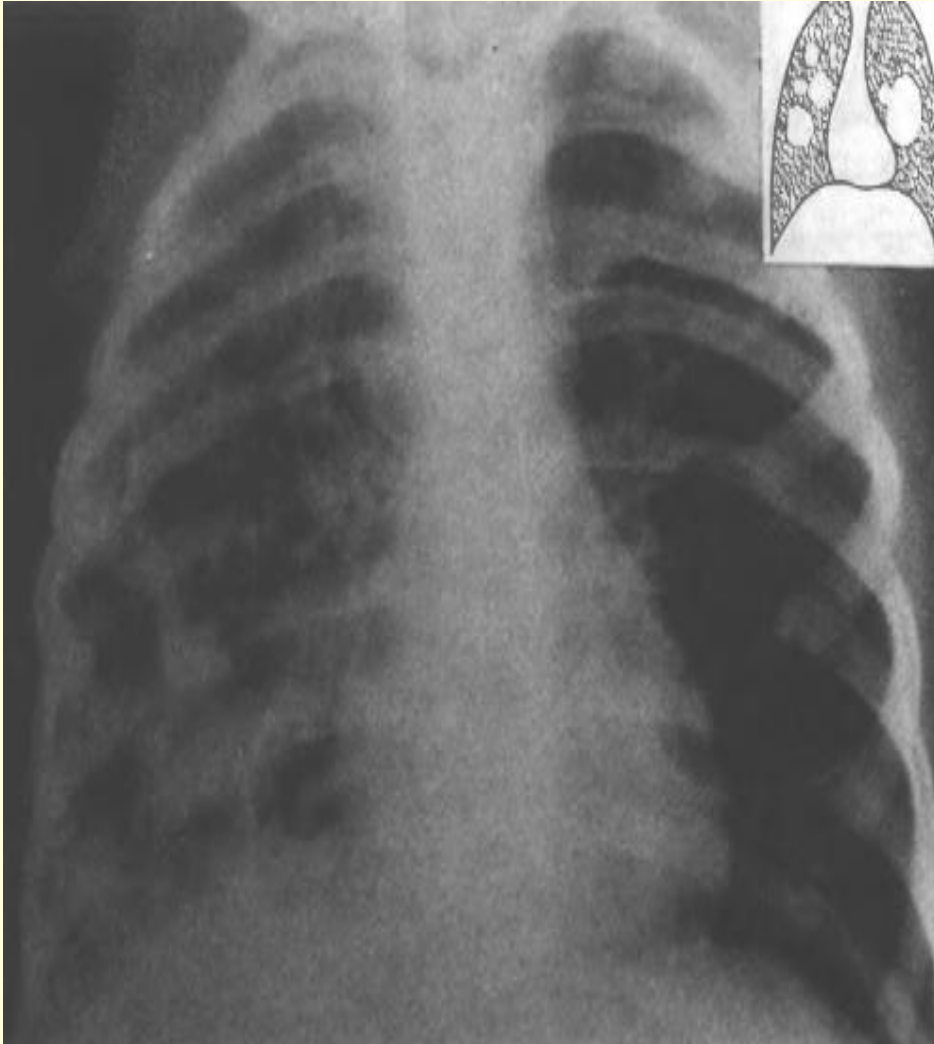
- За перебігом: гострий, затяжний септичний
- I. Внутрішньолегеневі ускладнення
 - А. Абсцеси
 - Б. Були
- II. Легенево-плевральні
 - А. Піоторакс
 - Б. Піопневмоторакс
 - В. Пневмоторакс
- Ускладнення ГДЛ: сепсис, перикардит, медиастінальна емфізема, кровотеча.
- Хронічні форми поєднуються в хронічний респіраторний синдром, що зустрічається в 20,8% випадків після ГДЛ (вторинні кісти легень, хронічний абсцес, фіброторакс, хронічна емпієма плеври з свищем, бронхоектази).

Діагностика

- фізікальні дані
обстеження:
аускультація,
перкусія;
- рентгенологічні
методи обстеження:
оглядова
рентгенограма
грудної клітки;
- діагностична
плевральна пункція

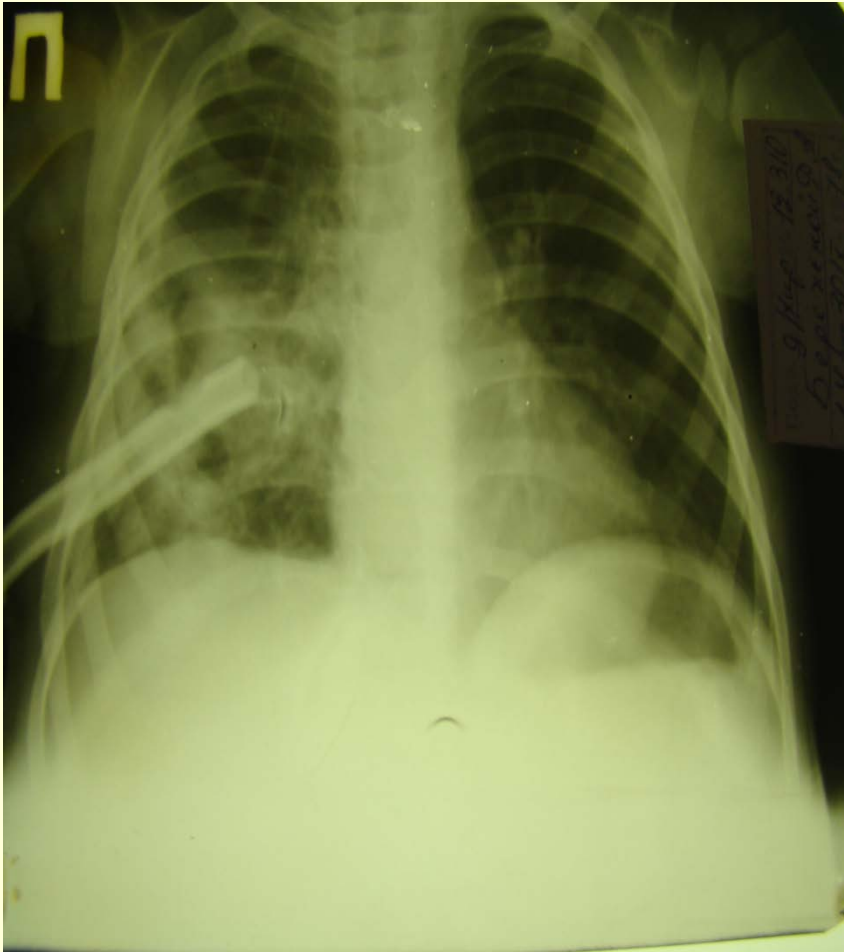


Бульозна форма деструкції



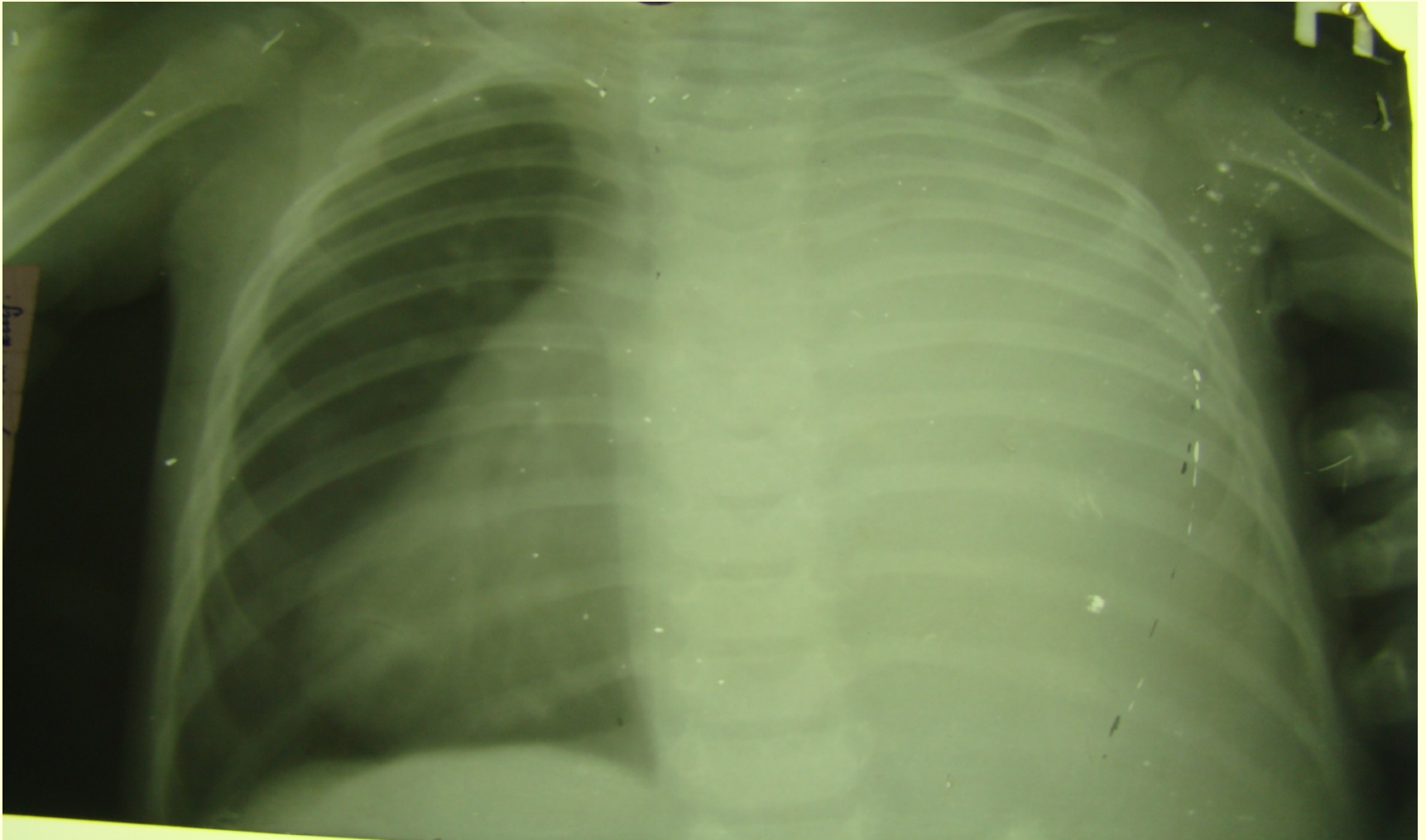
- БУЛИ - тонкостінні повітряні порожнини, що швидко змінюють форму і розміри, схильні до мимовільного зворотного розвитку, є ознакою сприятливого плину.

Абсцес без плевральних ускладнень

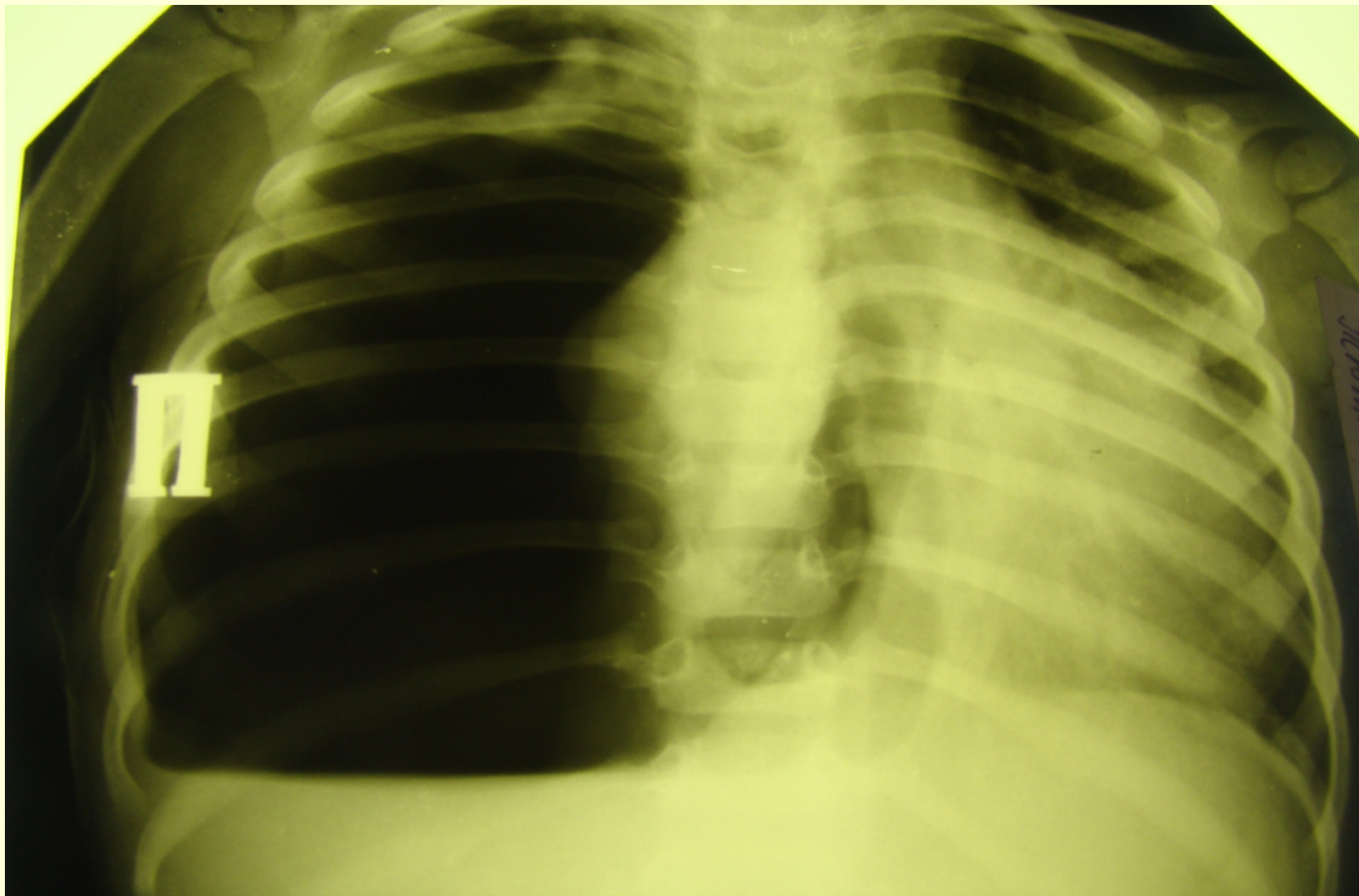


- частота складає до 11%
 - Форми:
 - Абсцес заповнений гноєм (що не дрениується у бронх)
 - Абсцес з рівнем рідини (що не дрениується у бронх)
- Лікування для дрениуючих абсцесах: проведення санації гнійної порожнини шляхом створення дренажного положення, фізіотерапії, бронхоскопічної санації та введення антибіотиків.
- При недрениуючих абсцесах – пункція та черезшкіряне дрениування абсцесу.

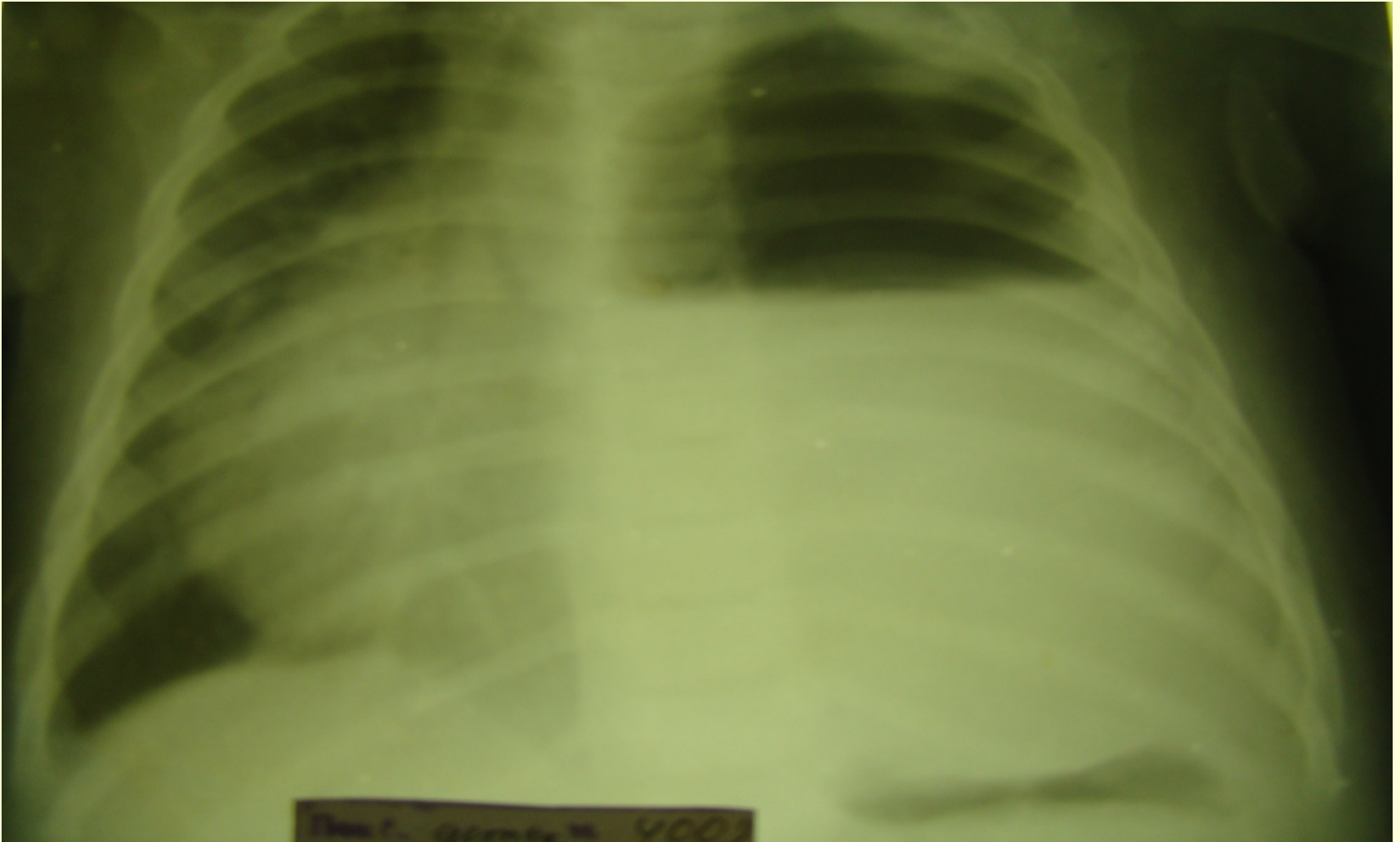
Піоторакс



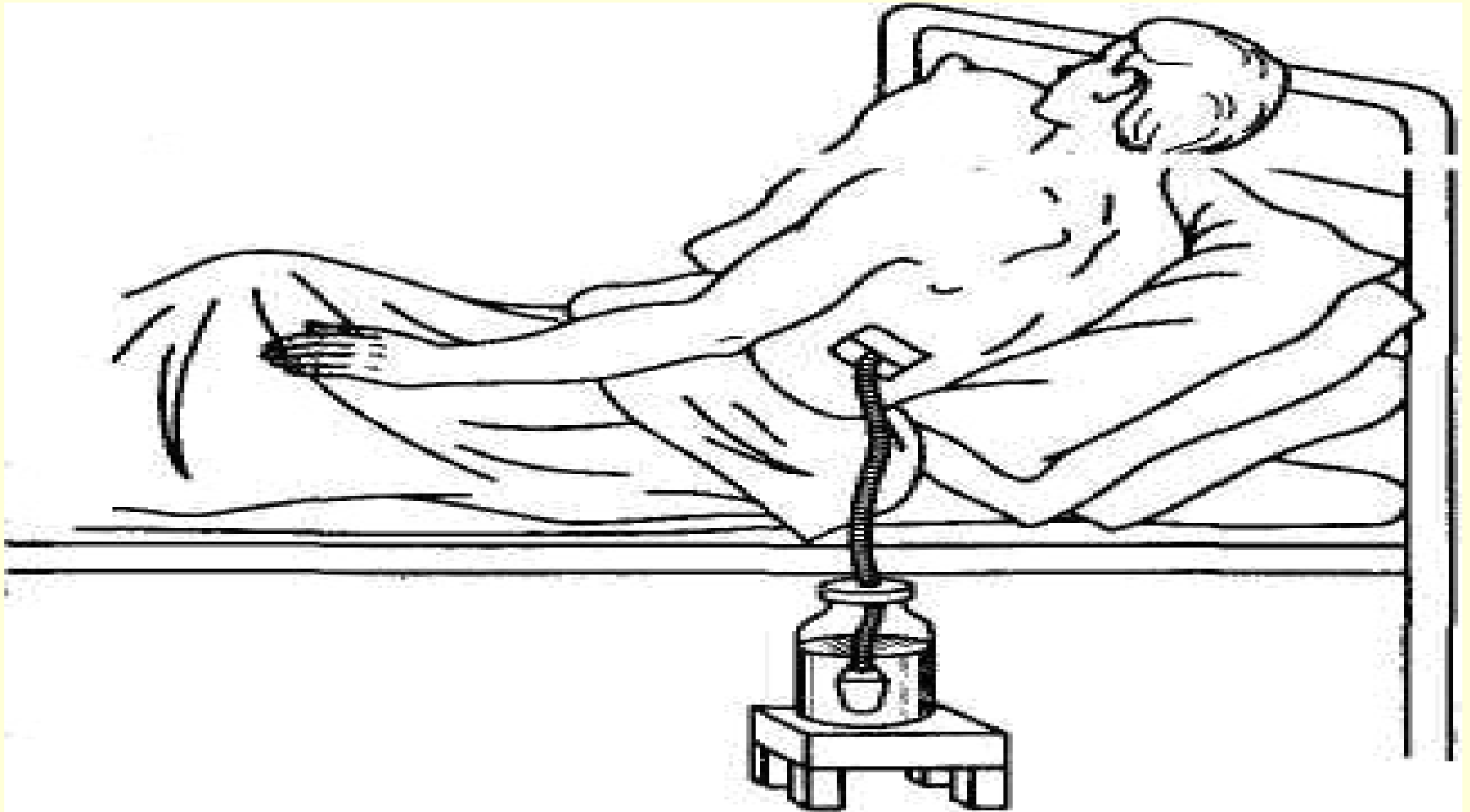
Пневмоторакс



Піопневмоторакс



Дренування плевральної порожнини за Бюлау



Некротична флегмона новонароджених

- Флегмона новонароджених – тяжке гнійно-некротичне захворювання шкіри та підшкірної основи, яке характеризується швидким розвитком патологічного процесу з переходом у некроз.
- Анатомо-фізіологічні передумови.
- Шкіра тонка та ніжна.
- Потові залози розвинені, але функція їх знижена.
- Підшкірна основа складається в основному з пухкої клітковини, сполучнотканинні перегородки недорозвинені
- Її хімічний склад характеризується переважанням твердих жирних кислот (пальмітинової, стеаринової та ін.), що призводить до утворення затвердіння, особливо в разі охолодження.
- Кровопостачання шкіри здійснюється через магістральні судини, які мають недостатню кількість розгалужень у підшкірній клітковині.
- Бар'єрна функція шкіри недосконала.
- Форми - токсико-септична та проста (локалізована).

Некротична флегмона новонароджених

- **Місцеві прояви.**
- На шкірі (поперекова ділянка, спина, передня грудна та черевна стінки, сідниці) виникає вогнище гіперемії невеликих розмірів.
- Через 5-8 год воно збільшується в розмірах, з'являється легкий набряк та затвердіння.
- До кінця 1-ї доби від початку захворювання гіперемія займає значну поверхню шкіри, краї її нечіткі. Пальпаторно в центрі вогнища визначають полого заглиблення.
- Через 2-3 доби на цьому місці з'являється синюшність.
- Після 5-7-ї доби (період прогресивного перебігу хвороби) захворювання шкіра стає мацерованою, стоншеною. Відбувається бурхливе відторгнення некротизованих тканин.
- Після 10-15-ї доби (період некрозів шкіри і утворення раньових дефектів) від початку захворювання некротизовані тканини відторгаються повністю, стихають запальні явища, у рані з'являються грануляції, її епітелізація відбувається в різні терміни й залежить від розмірів раньового дефекту та загального стану дитини (період репарації).

Мастит новонароджених

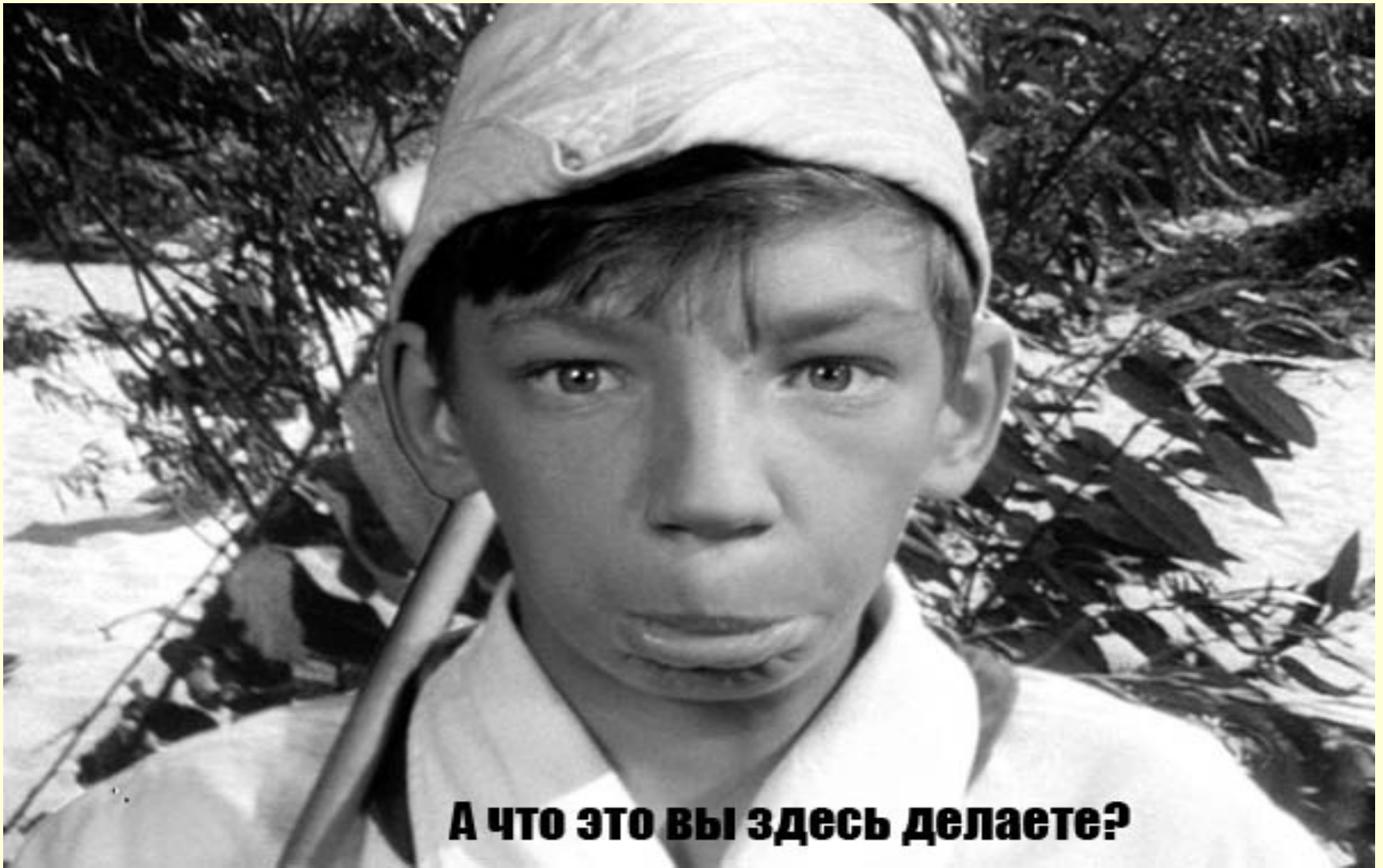


- Розвивається на тлі фізіологічного нагрубання молочних залоз, обумовленого гіперестрогенемією.

Омфаліт



- Запалення шкіри навкруги пупка
- Форми: Катаральний
Флегмонозний
Некротичний омфаліт



Лекція то вже скінчилася! Дякую
за увагу!