

«ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ,ЛУЧЕВАЯ
ДИАГНОСТИКА»

ЭТИОЛОГИЯ:

1. стафилококк
2. грамм отрицательная флора
3. смешанная флора

КЛАССИФИКАЦИЯ:

- 1 лёгочная форма
- 2 лёгочно-плевральная форма

ПАТОГЕНЕЗ:

• Основной путь распространения бронхогенный: инфекция попадает в бронхиолы → сегмент лёгкого → инфильтрация (поражение альвеолярной и интерстициальной ткани) Нейротоксин продуцируемый стафилококком вызывает некроз стенки бронха → воспаление перибронхиальной ткани → развитию интерстициальной эмфиземы → ведёт к образованию очага деструкции содержащий воздух → вокруг очага деструкции образуется фибринозный вал который отграничивает очаг воспаления.

КЛИНИКА:

• Клинические проявления деструктивных пневмоний у детей разнообразны что обусловлено различной природой инфекционного возбудителя, возрастом ребёнка, преморбитным фоном и иммунобиологической реактивностью детского организма. У детей до 3 лет чаще предшествует ОРВИ. Всегда острое начало, повышение t тела до фебрильных цифр, повышение СОЭ, лейкоцитоз. У подростков возможно подострое течение.

Рентген диагностика: Лёгочная форма

• В начале стафилококковой пневмонии следует считать появление воспалительной инфильтрации в одном или нескольких сегментах одного лёгкого (тень инфильтрации достигает высокой интенсивности) повторное исследование назначают через 2-3 дня, в последующем на фоне инфильтрации возможно появление деструктивных очагов в виде полостей с нечётким контуром и содержащими воздух и возможно жидкость. Величина очагов зависит от распространённости процесса и наличия клапанного механизма образующегося в бронхе. Увеличение размеров очага объясняется вентильным типом нарушения бронхиальной проходимости.

Осложнения лёгочной формы:

острый и хронический абсцесс

• Рентгенологически **острый абсцесс** лёгкого характеризуется отсутствием чёткой стенки (полость его отграничена лёгочной тканью пропитанной гноем), вокруг выражено перифокальное воспаление. На рентгенограмме абсцесс выглядит в виде полости содержащий воздух и горизонтальный уровень жидкости. Формирование абсцесса всегда сопровождается ухудшением состояния ребёнка. Абсцесс может опорожниться самопроизвольно, на рентгенограмме определяется воздушная полость которая может сохраняться до 6 мес т. е. Формируется ложная киста лёгкого которая постепенно уменьшается и склерозируется. На рентгенограмме отображается в виде участка пневмосклероза

•Хронический абсцесс лёгкого- в клинике стихают все клинические симптомы, улучшение общего самочувствия ребёнка. Рентгенологически определяется толстая стенка абсцесса ограничивающая полость(чем дольше содержится гной в полости чем толще стенка) перифокальное воспаление может сохраняться а может и отсутствовать.

• Признаком характеризующим лёгочную форму деструктивной пневмонии, является также реакция плевры в виде нитевидных плевральных полос, расположенных паракостально и в междолевых щелях. Дальнейшее участие плевры в патологическом процессе определяется течением пневмонии. Исчезновение плевральных полосок в течение нескольких дней указывает на стихание воспалительного процесса в лёгком. Расширение плевральной полоски свидетельствует о переходе в лёгочно-плевральную форму.

Лёгочно-Плевральные формы:

- Фибринозный плеврит (плащевидный) - рентгенологически определяется в виде четкой линейной тени костальной и междолевой плевры на стороне поражённого лёгкого, м.б. снижение прозрачности косто-диафрагмального синуса
- Эксудативный плеврит - при появлении большого количества жидкости в плевральной полости, полоска однородной плотности паракостально расширяется. Ткань лёгкого не определяется. Средостение смещается в здоровую сторону.

Эмпиема плевры- с появлением гнойного экссудата в плевральной полости выражено ухудшение клинических проявлений. Развитие острой эмпиемы плевры на фоне экссудативного плеврита происходит постепенно. Более быстрое начало заболевания происходит при прорыве гнойника в плевральную полость ведёт к образованию бронхо или альвеолярно-плеврального свища, что приводит к напряжённому пневмотораксу, процесс быстро распространяется на всю плевру, воспалённые листки продуцируют экссудат что приводит к увеличению объёма жидкости в плевральной полости и появляются фибринозные наложения и спайки с переходом в фибринозную. Фибринозная может

Исход:

- Формирование ложной кисты лёгкого (воздушная полость в лёгком с тонкой стенкой и отсутствием воспалительных изменений вокруг). может сохраняться до 5-7 мес.
- Развитие хронического деформирующего бронхита
- Пневмофиброз

Лёгочная деструкция как осложнение основного заболевания.

• Наиболее часто встречающаяся у детей-**септическая пневмония** при гематогенном остеомиелите. Чем моложе ребёнок, тем обширнее поражение лёгочной ткани, что является следствием анатомической незрелости всех структур органов дыхания. Поскольку пневмония возникает на фоне тяжёлого септического состояния, то клинические симптомы и физикальные изменения недостаточно выражены. Скудность клинических симптомов характерна для больных всех возрастных групп, в связи с чем большое значение имеет рентгенологическое исследование.

Рентген-семиотика.

- Рентген проявления зависят от возраста ребёнка. Метастазирования в лёгкие начинается с поражения интерстициальной ткани.
- Ухудшение процесса характеризуется появлением очаговых теней округлой формы с достаточно чётким контуром, причём размеры и интенсивность их может быть разной.
- Очаги склонны к образованию полостей с уровнями жидкости и не склонны к образованию больших полостей. Имеет значение быстрое опорожнение их при правильном лечении. В процесс также может вовлекаться и плевра.

.Нагноившаяся киста лёгкого-практически протекает также как острый абсцесс. Чаще бывает одиночной. Располагается в верхних, передних сегментах лёгкого, имеет чёткий неровный контур при воспалении, перифокальная реакция вокруг. Сохраняются изменения при затихании процесса, что свидетельствует о врождённой патологии.

Дифференциальная диагностика.

- Инфильтративный туберкулёз с распадом.
- Паразитарные заболевания лёгких (эхинококкоз)-длительное время протекает бессимптомно. Выявляется как правило при возникновении острого процесса.
- Опухоли средостения и лёгких
- Диафрагмальные грыжи(ложные грыжи диафрагмы).