

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Ш.А. ЮСУПОВ, П.А. ПУЛАТОВ, Б.Б. БАЗАРОВ, Х.Д. ЖАНИЕВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БОЛАЛАРДА ЎТКИР ДЕСТРУКТИВ ПНЕВМОНИЯЛАРНИ ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ

Ш.А. ЮСУПОВ, П.А. ПУЛАТОВ, Б.Б. БАЗАРОВ, Х.Д. ЖАНИЕВ

Самарқанд Давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE DESTRUCTIVE PNEUMONIA IN CHILDREN

Sh. A. YUSUPOV, P.A. PULATOV, B.B. BAZAROV, H.D. ZHANIYEV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Охирги йиллар адабиётларида болаларда ўткир деструктив пневмонияларни даволаш тактикасини аниқлаш бўйича ҳар хил тафсиялар чоп этилмоқда, баъзи мутахассислар консерватив даволашни, қолганлари эса оператив даволашни тафсия этишмоқда. Шу масалани ҳал қилиш мақсадида 175 та 6 ойдан 14 ёшгача ўткир деструктив пневмониялар билан касалланган болалар клиник-лаборатор текширувлардан ўтказилди ва даволанди. Ўткир деструктив пневмония билан касалланган болаларнинг рентгенологик текширувида 37 (21,6%) тасида ўпка ва 138 (78,4%) тасида ўпка-плеврал формаси аниқланди, шулар орасида кўпчилиги 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган болалар.

Калит сўзлар: *деструктив пневмония, болалар, троакакр-дренаж, плеврал пункция.*

Numerous recent publications indicate inconsistencies in dealing with the selection of treatment of children with complicated forms of acute pneumonia, which leads, on the one hand, to unnecessary conservatism, and on the other to excessive surgical aggression. To solve this purpose was conducted clinical laboratory and instrumental examination and treatment of 175 children with acute necrotizing pneumonia at the age of 6 months to 14 years. X-ray analysis of the lung in children with pulmonary EIR possible to identify 37 patients (21.6%) and pulmonary - pleural 138 patients (78.4%) with a predominance of form in early childhood from one to three years.

Key words: *Necrotizing pneumonia, children, trocar-drainage, pleural puncture.*

Актуальность. Многочисленные публикации последних лет свидетельствуют о разночтении при решении вопросов о выборе тактики лечения детей с осложненными формами острой пневмонии, что ведет, с одной стороны, к неоправданному консерватизму, а с другой к чрезмерной хирургической агрессии [2,4,6]. Подобное положение можно объяснять как патоморфозом клиники острых гнойных заболеваний легких, (уменьшение локальных плевральных и внутрилегочных осложнений при сохраняющейся тяжести течения заболевания и более частом участии в заболевании грамотрицательной микрофлоры), так и отсутствием четких объективных критериев диагностики участков деструкции легочной ткани на фоне массивного воспалительного инфильтративного процесса [1,2,7]. Одним из основных факторов повышения эффективности лечения таких больных является своевременная диагностика трансформации воспалительно-инфильтративных изменений ткани легкого в деструктивные [3,4,5].

В связи с этим целью нашей работы стали анализ клинко-лабораторных критериев диагностики и выбор метода лечения у детей с острой деструктивной пневмонией (ОДП).

Материалы и методы. Для решения поставленной цели было проведено клинко-лабораторное, инструментальное обследование и лечение 175 детей с острой деструктивной пневмонией в возрасте от 6 месяцев до 14 лет, находящихся в клинике детской хирургии Самаркандского филиала РСНПМЦ педиатрии с 2008 по 2013 года.

Диагноз осложненных форм пневмонии формировался соответственно классификации, предложенной А.М. Шамсиевым 1998 г. [5] (табл.1).

В результате анализа начала заболевания у всех детей было выявлено, что пусковым механизмом явилось ОРВИ, осложнившиеся вирусно-бактериальной бронхопневмонией с прогрессирующим течением и формированием ОДП, которая впоследствии, несмотря на проводимое раннее лечение, приводила к различным хирургическим осложнениям, таким как пневмоторакс, эмпиема плевры, бронхиальные свищи и сепсис, что позволяет определить генез ОДП как первичную пневмонию. По возрастным группам обследованные дети с ОДП распределены следующим образом (табл.2).

Таблица 1.

Классификация острой деструктивной пневмонии у детей

Патогенез:	
- первичные, - вторичные.	
Фазы:	
1. Фазы преддеструкции: острые пневмониты: (воспалительные инфильтраты-сегментарные, полисегментарные, долевые)	
2. Фазы деструкции: Острые деструктивные пневмониты:	
а) легочная форма:	
Абсцессы (дренирующиеся, недренирующиеся)	
Буллы (напряженные, ненапряженные)	
б) легочно-плевральная форма:	
пневмоторакс (напряженный, ненапряженный, ограниченный)	
пиопневмоторакс (напряженный, ненапряженный, ограниченный)	
пиоторакс (тотальный, плащевидный, ограниченный)	
экссудативный плеврит (тотальный, плащевидный, ограниченный)	
фибринозный плеврит;	
в) легочно-медиастенальная форма: эмфизема средостения (простая, прогрессирующая).	
3. Фаза генерализации: фибринозно-гнойный перикардит, медиастенит, гнойный менингит, перитонит, остеомиелит, отит, абсцессы, флегмоны и др.	
Течение:	
- острое, - затяжное.	

Таблица 2.

Возраст	Распределение пациентов с ОДП по возрасту и полу								
	6-12 мес		1-3 года		3-7 лет		7-14 лет		
Пол	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Девочки	16	9,1	26	15	18	10,2	20	11,4	
Мальчики	19	10,8	30	17,1	21	12	24	13,7	
Всего	35	20,2	56	32,6	39	22,3	44	25,4	

Наибольшая заболеваемость встречалась в период от 1 до 3 лет 56 больных (32,6%), наименьшая в период от 6 до 12 месяцев 35 больных (20,2%).

Анализ заболеваемости верхних дыхательных путей у детей с ОДП показал, что независимо от возрастных групп наиболее частыми являлись острые респираторные вирусные инфекции (80%), которые осложнялись бронхитами (50,5%) и пневмониями (65,9%).

Наибольшее количество исследуемых детей 120 больных (69,7%) поступали на 7-10 сутки от начала заболевания, в тяжелом состоянии в связи с прогрессированием заболевания.

Диагностическими критериями ОДП, согласно историям болезней детей с пневмонией, явились перкуссия, аускультация грудной клетки, клиничко-лабораторные и рентгенологические данные, проявляющиеся почти у всех детей с тяжелой и очень тяжелой степенью тяжести заболевания. Поэтому у 28,6% детей, которые находились в клинике, возникала необходимость лечения в условиях реанимационного отделения.

Дети поступали с признаками средней и тяжелой степени дыхательной недостаточности. Диагноз ОДП так же основывался на рентгенологических данных, при рентгенографии органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях у всех больных было обнаружено достаточно од-

народное, различной степени интенсивности, имеющее относительно четкие контуры, затемнение легочной ткани в пределах, как правило, доли легкого, свидетельствующее об инфильтративно-деструктивном характере. Согласно классификации ОДП у детей (А.М. Шамсиева 1998

г.), по клинко-рентгенологическим данным, дети распределялись следующим образом: Лобарный инфильтрат – 28 (16%), абсцесс – 9 (5,1%), пиоторакс – 32 (18%), экссудативный плеврит – 40 (22,5%), пиопневмоторакс 29 (16,5%), пневмоторакс – 25 (14,1%), фибринооторакс – 12 (7,3%) [Диаграмма 1].

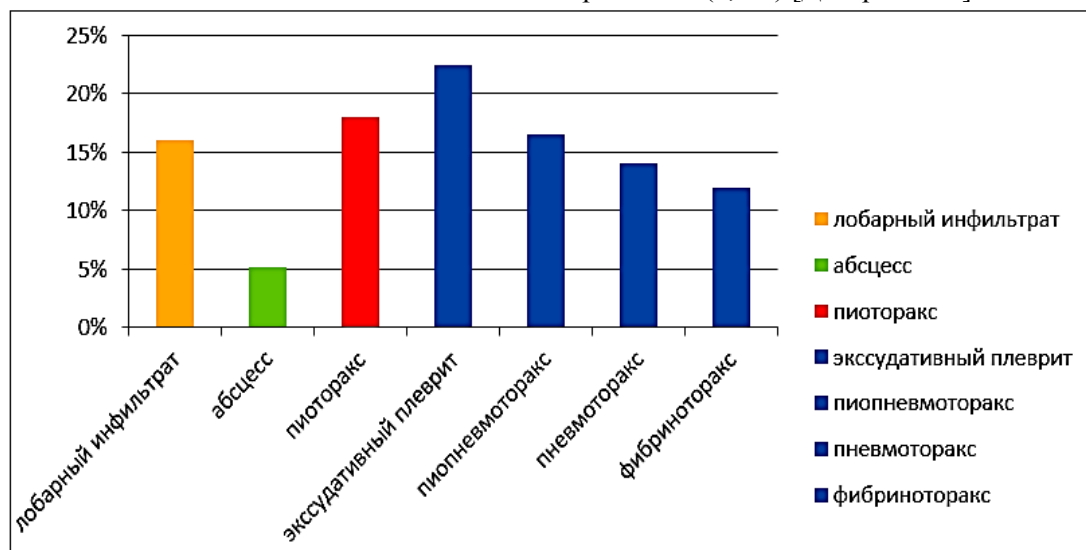


Диаграмма 1. Распределение больных по клинко-рентгенологической картине

Среди больных ОДП превалировала легочно-плевральная форма – 138 (78,4%), а легочные формы у 37 (21,6%). Наиболее часто легочная форма отмечалась у детей от 1 года до 3 лет. Легочно-плевральная форма имела такую же тенденцию: чаще встречалась у детей от 1 года до 3 лет.

Патологический процесс справа локализовался в большинстве случаев ОДП с учетом анатомических особенностей правого легкого у 106 (61%), левостороннее поражение отмечалось у 40 (23,2%), двухсторонняя ОДП у 29 (16%).

Результаты и обсуждение. Анализ микробиологической картины показал, что у 75 пациентов (43,6%) высеивались ассоциации микроорганизмов с преобладанием грамотрицательной флоры. Вероятно, это связано с изменением лидирующей монокультуры в результате лечебных мероприятий, изменений иммунобиологической реактивности организма и присоединения суперинфекции. Грамположительная монокультура отмечалась у 26% больных ОДП легочной формы и 42,1% больных с легочно-плевральной формой. Следует отметить, что среди грамположительной флоры наиболее частым возбудителем являлся *Staphylococcus aureus* (17,1%), который преобладал у детей в возрасте от года до трех лет.

С учетом тяжести течения заболевания, нарастающей дыхательной недостаточности у детей с осложненной ОДП, нарастания показате-

лей воспалительного процесса проведена следующая патогенетическая терапия, которая обязательно включала полноценную хирургическую санацию очага инфекции, адекватную антимикробную терапию.

В клинике при пневмонии в фазе деструкции проводилось: внутрилегочное введение антибиотиков у 32 (18,6%), плевральная пункция с внутрилегочным введением антибиотиков у 44 (25%), в фазе деструкции: пункционное лечение у 56 (31,9%), дренажное лечение с установлением троакара-дренажа по Шамсиеву у 43 (24,5%) [5]. Дренирование плевральной полости позволяло эффективно проводить санацию антисептическими растворами в сочетании с протеолитическими ферментами.

Выводы. Таким образом, для осуществления профилактики развития деструктивных форм пневмонии, предупреждения септических осложнений необходимо оценивать факторы риска на разных уровнях оказания медицинской помощи данной категории больных. Часто регистрируемые инфекционно-воспалительные заболевания дыхательной системы у детей являются пусковым механизмом в развитии ОДП. Рентгенологический анализ легких у детей с ОДП позволил выделить легочную 37 больных (21,6%) и легочно-плевральную 138 больных (78,4%) форму с преобладанием в раннем детском возрасте от года до трех лет. Анализ бактериального обсеменения в гнойных очагах в зависимости от

видового состава микрофлоры больных ОДП позволил выделить группы пациентов с грамотрицательной (43,6%), грамположительной (42,1%). При этом наиболее тяжелое течение отмечалось у больных с грамотрицательной флорой и ее ассоциациями.

Литература:

1. Гисак Н.И. современная аэробная гнойная хирургическая инфекция у детей/ Н.И. Гисак, А.М. Земсков, А.В. Тищенко // Материалы Всероссийского симпозиума детских хирургов. Воронеж-2004.
2. Новиков Ю.К. грамотрицательные пневмонии. Русский медицинский журнал-2004.-№2.
3. Таточенко В.К. Пневмонии у детей: этиология и лечение/ В.К. Таточенко // Лечащий врач-2002.
4. Цуман В.Г. гнойно-септические осложнения острых хирургических заболеваний у детей. Москва-2005.
5. Шамсиев А.М. Острые деструктивные пневмонии у детей. Самарканд – 2013 год
6. Bautler B. Sepsis begins at the interface of pathogen and host. Biochem Soc. Trans-2001/-№2.
7. Goldstein B, Giroir B, Randolph A. International pediatric sepsis consensus conference: Definition for sepsis and organ dysfunction in pediatrics // Pediatr. Crit. Care Med – 2005.

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ
ДЕСТРУКТИВНЫХ ПНЕВМОНИЙ У
ДЕТЕЙ**

Ш.А. ЮСУПОВ, П.А. ПУЛАТОВ,
Б.Б. БАЗАРОВ, Х.Д. ЖАНИЕВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Многочисленные публикации последних лет свидетельствуют о разночтении при решении вопросов о выборе тактики лечения детей с осложненными формами острой пневмонии, что ведет, с одной стороны, к неоправданному консерватизму, а с другой к чрезмерной хирургической агрессии. Для решения поставленной цели было проведено клинико-лабораторное, инструментальное обследование и лечение 175 детей с острой деструктивной пневмонией в возрасте от 6 месяцев до 14 лет. Рентгенологический анализ легких у детей с ОДП позволил выделить легочную 37 больных (21,6%) и легочно-плевральную 138 больных (78,4%) форму с преобладанием в раннем детском возрасте от года до трех лет.

Ключевые слова: деструктивная пневмония, дети, троакары-дренаж, плевральная пункция.